282

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1905 — N° —

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 12 Avril 1905, à 1 heure

PAR

Edmond BOURGUET

né à Chambéry (Savoie)

(20 octobre 1876).

CONTRIBUTION

A L'ÉTUDE DES ÉPANCHEMENTS CHYLEUX DE LA CAVITÉ PLEURALE

Président : M. LANDOUZY, *professeur.*

Juges : M. ROGER, *professeur.*
MM TEISSIER, LABBE (Marcel), *agrégés.*

Le candidat devra répondre aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
HENRI JOUVE
15, rue Racine, 15

1905

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie	P. POIRIER.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL. BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils	RECLUS.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT.
Hygiène	CHANTEMESSE.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DEJERINE.
Pathologie comparée et expérimentale	ROGER.
Clinique médicale	HAYEM. DIEULAFOY. DEBOVE. LANDOUZY.
Maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	TILLAUX. LE DENTU. TERRIER. BERGER.
Clinique ophthalmologique	DE LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Cliniques d'accouchements	BUDIN PINARD.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.

Agrégés en exercice.

MM.			
AUVRAY.	DESGREZ.	LAUNOIS.	POTOCKI.
BALTHAZARD.	DUPRE.	LEGRY.	PROUST.
BRANCA.	DUVAL.	LEGUEU.	RENON.
BESANÇON.	FAURE.	LEPAGE.	RICHAUD.
BRINDEAU.	GOSSET.	MACAIGNE.	RIEFFEL (chef des travaux anatom.)
BROCA André.	GOUGET.	MAILLARD.	TEISSIER.
CARNOT.	GUIART.	MARION.	THIROLOIX.
CLAUDE.	JEANSELME.	MAUCLAIRE.	VAQUEZ.
CUNEO	LABBÉ.	MERY.	WALLICH.
DEMELIN.	LANGLOIS.	MORESTIN.	

Par délibération en date du 9 déc. 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions emises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LANDOUZY,

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE, ETC.

PRÉFACE

Au début de ce travail, nous voulons témoigner notre reconnaissance aux Maîtres qui nous ont guidé dans le cours de nos études médicales.

Merci d'abord à nos Professeurs de l'Ecole de Médecine de Reims auprès de qui nous avons trouvé un bienveillant accueil et des conseils éclairés.

A Paris, M. le Professeur agrégé Launois voulut bien nous recevoir dans ses salles de l'hôpital Tenon et nous faire profiter de ses savantes cliniques. C'est dans le service de M. le Professeur agrégé Bar que nous pûmes nous perfectionner dans l'art des accouchements et continuer à mettre en pratique les excellentes leçons du regretté Professeur Panis de Reims. Nous eûmes l'honneur si recherché d'accomplir notre stage spécial sous la direction du Docteur Comby à l'hôpital des Enfants-Malades; notre savant maître nous fit aimer cette branche de la médecine à la fois si captivante et si difficile.

A l'hôpital de Meaux, nous fûmes l'interne de MM. les Docteurs Vilpelle et Graverry. Nous nous souviendrons toujours de leurs sages conseils et nous nous efforcerons de suivre leur exemple durant le cours de notre vie médicale.

M. le Professeur Landouzy a bien voulu accepter la présidence de notre thèse. Il nous a fait un honneur dont nous ne saurions trop le remercier.

INTRODUCTION

Pendant notre Internat à l'Hôpital de Meaux, nous avons eu l'occasion d'examiner longuement un malade dont l'observation nous a paru intéressante. Ce malade, atteint très vraisemblablement de filariose, présentait une pleurésie bilatérale que l'on dut ponctionner *quarante-huit* fois en l'espace d'un an. Plus de *quatre-vingts* litres d'un liquide *chyliforme* furent retirés. Un pareil fait nous sembla mériter quelques recherches.

Depuis la thèse de Poupy (1), thèse qui ne comprend que 12 observations, aucun mémoire d'ensemble n'est paru en France sur les épanchements chyleux de la cavité pleurale. Marcellin (2) a bien étudié, dans son travail inaugural, les épanchements opalescents de la plèvre et du péritoine ; mais il n'envisage guère que les ascites chyliformes et ne cite qu'une seule observation lactescente.

(1) Poupy. — Th. Paris, 1898-99.
(2) Marcellin. — Th. Paris, 1902.

De même, Jousset (1), n'étudie qu'à titre secondaire les humeurs opalescentes de la cavité pleurale, bien qu'il publie trois cas personnels de pleurésie chyliforme.

Cependant les observations isolées d'épanchement chyleux de la plèvre se sont multipliées en France pendant ces dernières années.

Barjon et Cade (2), Londe (3) en ont publié de beaux exemples.

A l'étranger, Shaw (4) rassemblait dans une revue générale 54 cas de pleurésie chyleuse, et Langbein (5), dans sa thèse étudiait spécialement le chylothorax traumatique.

Nous nous sommes efforcé de réunir ici tous ces documents épars. Notre but est modeste. Nous laisserons presque entièrement de côté la pathogénie de « l'*opalescence* de l'épanchement pleural » nous reportant à ce point de vue à la thèse de Jousset.

Nous nous placerons uniquement sur le terrain étiologique et clinique, et nous tâcherons de montrer que l'on peut ranger tous les cas d'épanchements chyleux de la plèvre en deux catégories : les épanchements traumatiques et les épanchements inflammatoires.

(1) Jousset. — Th. Paris, 1901.
(2) Barjon et Cade. — *Bull. méd.*, 1901, XV, 617.
(3) Londe. — *Arch. gén. méd.*, 1904, t. II, p. 2125.
(4) Shaw. — *Journal of Path. and Bakt.*, 1900, p. 339.
(5) Langbein. — Th. Leipsig, 1904.

Et d'abord, qu'entendrons-nous par épanchements *chyleux* de la plèvre? Nous appellerons épanchement chyleux, tout épanchement opalescent.

On a reproché au mot chyleux d'être trop précis, de donner lieu à des confusions et à des controverses, et l'on a voulu distinguer des épanchements chyleux et des épanchements chyliformes suivant que le liquide provient d'une effraction du canal thoracique ou qu'il dérive d'une transformation spéciale d'un épanchement inflammatoire. C'est là une division pathogénique si discutable que la plupart du temps on ne sait pas dans quelle classe il faut ranger un fait donné. Jousset, qui rejette également le mot chyleux admet une autre classification. Il distingue des épanchements opalescents et des épanchements lactescents suivant le degré des caractères objectifs de chaque liquide. Il s'agit là encore d'un groupement bien artificiel. Il nous paraît donc beaucoup plus simple de conserver le terme d'épanchement chyleux qui est consacré par l'usage et de l'appliquer à tous les épanchements laiteux de la plèvre quels que soient leur cause et leur degré d'opalescence.

Un liquide est opalescent lorsqu'il présente les caractéristiques de la pierre dite opale. Si l'on jette quelques gouttes de teinture de benjoin dans l'eau et qu'on agite, on obtient un liquide opalin. De même, différents corps, tels que les baumes, les huiles, les corps gras, mélangés à l'eau, donnent un liquide opalescent. L'opalescence est avant tout une propriété des émulsions.

Cette qualité se rencontre donc dans tous les cas où une préparation aqueuse contient en suspension un corps solide ou liquide à l'état de division extrême.

L'opalescence des épanchements chyleux est due à la présence de graisse. Pour nous, épanchement chyleux est synonyme d'épanchement graisseux. On a discuté pour savoir si l'opalescence des épanchements ne pouvait pas provenir de substances autres que la graisse. Quincke (1), Letulle (2), Lyon, Verdelli, et tout récemment Micheli et Mattirolo ont incriminé les uns, les nucléo-albumines, les autres la lécithine. Dans sa thèse, Jousset a montré que la division en épanchements graisseux et non graisseux ne peut être maintenue. La graisse, les matières albuminoïdes, les lécithines ne font défaut dans aucun épanchement; seule, la proportion de ces différents corps est variable suivant les cas.

Quoiqu'il en soit, les épanchements chyliformes de la plèvre nous ont paru se présenter dans deux conditions bien différentes.

Dans un premier groupe de faits, un individu a reçu un coup violent dans la poitrine; il présente une contusion thoracique avec ou sans fracture.

Rapidement à la suite de cette contusion, il se développe dans la plèvre un épanchement extrêmement abondant. La notion d'un traumatisme, la rapidité de production de l'épanchement, l'abondance de cet épan-

(1) Quincke. — *Deutsches Archiv. fur klinisch Medicin*, 1875.
(2) Letulle. — *Revue Méd.*, 1904.

chement font éliminer le diagnostic de pleurésie traumatique.

On pense de suite à un hémothorax. Pour vérifier ce diagnostic, on ponctionne, et l'on est très étonné de retirer un liquide chyleux. L'épanchement se reforme presque de suite en aussi grand volume; puis, au bout d'un certain temps et d'un certain nombre de ponctions, le liquide diminue graduellement et le malade guérit. Les observations de ce genre sont extrêmement rares, mais on en trouve plusieurs exemples indiscutables dans la thèse de Langbein.

S'agit-il vraiment dans ces cas d'épanchement de chyle par rupture de canal thoracique? La chose est discutable. Toujours est-il qu'il y là un groupe de faits bien définis au point de vue étiologique et clinique et qui méritent d'être décrits isolément.

Dans une autre série d'observations, beaucoup plus nombreuses, l'épanchement s'est développé d'une façon insidieuse, sans troubles généraux graves le plus souvent.

Parfois, il s'agit d'un épanchement d'abord séreux ou purulent, devenu chyleux ensuite. Dans d'autres cas, l'opalescence est primitive. Quoiqu'il en soit l'évolution est lente; on dut ponctionner souvent le malade à cause des troubles mécaniques qu'entraîne l'abondance du liquide; mais l'état général reste bon, il n'y a pas de fièvre, et souvent la guérison se produit peu à peu. S'agit-il ici, comme pour les ascites correspon-

dantes, de perforations, de rupture du canal thoracique au-dessous d'un noyau néoplasique ou bacillaire qui comprime ce vaisseau? Ou bien faut-il incriminer une transformation graisseuse du pus, une dégénérescence graisseuse spéciale des éléments cellulaires? Y a-t-il dans ces épanchements, de la fibrine, du sucre, de la cholestérine et peut-on, par leur analyse chimique, les différencier des épanchements traumatiques? Peu importe. Ce sont au point de vue étiologique et clinique des « épanchements inflammatoires chroniques » (Landouzy et Marcel Labbe) (1), dont la cause principale paraît être la tuberculose; mais qui peuvent être dus à des maladies diverses et en particulier au cancer et au parasitisme.

Ainsi il nous semble que les épanchements chyleux de la plèvre, considérés en dehors de tout esprit pathogénique, constituent classiquement deux groupes distincts :

a) Dans l'un, il s'agit d'épanchements chyleux traumatiques.

Ce sont les cas de chylothorax traumatique.

b) Dans l'autre, il s'agit d'épanchements chyleux d'origine inflammatoire.

Ce sont les cas de pleurésie chronique chyleuse.

(1) Landouzy et Marcel Labbe. — *Traité Brouardel et Gilbert*, tome VII.

CHAPITRE PREMIER

Chylothorax traumatique.

Historique. — Le chylothorax traumatique n'a guère été étudié en France que dans ces dernières années. Dans la thèse de Poupy, sur 12 observations d'épanchements chyleux de la plèvre, deux seulement ont rapport à des épanchements d'origine traumatique (observations de Quincke et de Othon Henssen). Jousset, dans son mémoire, rapporte deux nouveaux cas de chylothorax traumatique empruntés à Haudmann. Ce nombre très restreint des observations connues en France explique comment le chylothorax n'est même pas cité parmi les complications des contusions du thorax, ni dans l'article Souligoux, dans le traité de chirurgie Le Dentu-Delbet, ni dans l'article de Peyrot dans le traité de Duplay-Reclus sur les affections chirurgicales de la poitrine. Dans les traités classiques son existence n'est signalée que par Landouzy et Marcel

Labbé dans leur article sur les pleurésies chyleuses et chyliformes (Traité de Brouardel-Gilbert tome 7).

Cependant à l'étranger, et surtout en Allemagne, des observations peu nombreuses, mais déjà anciennes avaient été publiées éparses, dans la littérature médicale. Les cas de Von Thaden (1) (1877), Kirchner (2) (1885), Krabbel (3) (1885), Port (4) (1894), Hahn (5) (1899), joints aux observations de Haudmann, Quinke, Henssen permirent à Bergmann (6) d'établir l'existence indiscutable d'un chylothorax traumatique. Dans son *Handburck für Pratick Chirurgie,* Bergmann ne se contente pas seulement de citer cette nouvelle entité morbide : il en rapporte 1 cas personnel. Depuis lors, les observations de chylothorax traumatique semblent être devenues plus nombreuses en Allemagne. Dans ces dernières années ont été publiés les cas de Mutermilch (7) Legg (8) Dietze (9). Enfin tout récemment, Langbein, dans sa thèse inaugurale a réuni les 13 cas connus de chylotho-

(1) A Von Thaden. — *Erguss von Blut und Chylus in die rechte Pleurahohle. Deutsch Arch. f. Klin. med. 1877 X IX 2-3 p. 313.*

(2) Kircher. — *Langenbecks Arch. 1885.*

(3) Krabbel. — *Centralb. für Chirurgie 1885.*

(4) Port. — *Deutsches Zeitschrift f. Chirugie 1894.*

(5) Hahn. — *Deutsch med. Wochensch 1899.*

(6) Bergmann. — *Handburch. für Pratick Chirurgie.*

(7) Mutermilch. — *Zeitsch. für Klin. medic. 1902.*

(8) Legg. — *St Bartholemew's Hospital Journal 1899.*

(9) Dietze. — *Deustches Zeitsch. für Chirurgie 1904.*

rax traumatique, et y a joint une observation personnelle.

Etiologie. — Le traumatisme qui donne naissance au chylothorax consiste le plus souvent en une contusion violente et profonde du thorax, *sans* plaie pénétrante. Cette contusion est compliquée le plus fréquemment de fractures de côtes qui alors siègent toujours à gauche (Observations de Von Thaden, II ; Mutermilch, IX ; Legg, X ; Haudmann, XII). Beaucoup plus rarement, il existe une fracture du rachis, (9e vertèbre dorsale. Observations de Krabbel, IV) ou une rupture d'un disque intervertébral (neuvième disque. Observations de Hahn, VII). Dans d'autres cas, aucune fracture n'est notée. Dans l'observation de Quincke (1) (Obs. I) il s'agit d'un homme de 50 ans qui avait été renversé par une voiture dont les roues lui passèrent sur le thorax, alors qu'il était couché moitié sur le ventre, moitié sur le côté droit. Le cas de Othon Henssen (2) (Obs. XI) a trait à un mineur qui fut comprimé entre un wagonnet et un mur ; la contusion n'avait été suivie d'aucune fracture de côte.

Dans toutes ces observations, qu'il y ait eu fracture ou non, il s'agit de compressions du thorax dans le sens antero postérieur. Il en va tout autrement dans l'obser-

(1) Quincke. — *Deutsch Arch. für Klin. medic. 1875.*

(2) Othon Henssen. — *Munchen medicin Wochenschrift, 17 mai 1898.*

vation publiée par M. Port (Obs. VI). Dans le fait relaté par cet auteur, le patient ayant été saisi par un tambour cylindrique animé d'un mouvement rapide fut projeté au loin. Il n'y eut donc pas écrasement de la poitrine, et dans ce cas, Port attribue le chylothorax à l'hyperextension forcée du tronc.

Enfin à tous ces cas, qui présentent tous ceci de commun qu'ils ne sont pas accompagnés de plaies pénétrantes de poitrine, on peut opposer l'observation de Dietze (Obs. III) : ici l'épanchement de chyle dans la plèvre est consécutif à une plaie pénétrante par arme à feu. Ce fait est resté unique jusqu'ici.

L'âge, le sexe des malades atteints sont bien plus facteurs de la contusion thoracique que du chylothorax produit. Aussi peut-on rencontrer des chylothorax traumatiques chez des enfants (Observations V, IV, et XIV); chez des vieillards (Obs. XI); chez des femmes, mais le plus souvent il s'agit d'hommes adultes (Obs. I II, III, X, XI, XII, XIII),

Symptômes. — Le moment précis de *l'apparition* de l'épanchement est très difficile à déterminer. Dans l'observation de Quincke, (Obs. I) le malade n'est entré que huit jours après le traumatisme à l'hôpital. Dans l'observation de Von Thaden (Obs. II), le diagnostic d'épanchement pleural droit ne fut porté que le 4e jour. L'enfant qui fait le sujet de l'observation de Mutermilch (Obs. IX), ne commença à tousser que le 12e jour

après le traumatisme. Dans les observations de Dietze, (Obs. III), de Port (Obs. VI), de Legg (Obs. X), de Henssen (Obs. XI), de Langbein (Obs. XIV), l'épanchement paraît avoir été plus précoce. Mais dans le cas de Dietze, il n'y a pas de renseignements précis à ce sujet. Dans l'observation de Legg, l'épanchement probablement rapide, n'a été diagnostiqué que le 5e jour, le malade n'ayant pu être examiné auparavant à ce point de vue. Dans le cas de Henssen et Langbein, l'épanchement fut reconnu dès le 2e jour. Dans le cas de Port, il fut reconnu le 3e jour. L'épanchement fut immédiat dans l'observation de Hahn.

Même entièrement constitué le chylothorax ne se manifeste point par des signes qui permettent de le diagnostiquer d'un épanchement banal. Le malade n'a pas de fièvre; il ne tousse guère, et les symptômes qui attirent l'attention du côté de son thorax, sont d'une part la gène mécanique de la respiration qui va parfois jusqu'à l'asphyxie, d'autre part la déformation thoracique caractéristique de tous les épanchements pleuraux. L'épanchement de liquide chyleux est en effet généralement *très abondant.*

Fait intéressant, mais qui ne peut guère servir au diagnostic, l'épanchement chyleux occupe toujours la plèvre droite. Même dans l'unique observation où le chylothorax a été double (Obs. XI), l'épanchement a commencé à se manifester du côté droit.

Il existe toutefois, deux exceptions à cette règle :

dans les 2 observations de Haudmann l'épanchement lactescent se produisit dans la plèvre gauche.

En somme, on peut tout au plus soupçonner un chylothorax lorsqu'on voit se produire assez *rapidement* après un *traumatisme* dans la plèvre *droite* un épanchement *abondant*.

Diagnostic. — A la vérité, on pourra encore différentier assez facilement le chylothorax de la pleurésie traumatique sero-fibrineuse. Dans le chylothorax, il n'y a jamais de fièvre; la pleurésie sero-fibrineuse, presque toujours de nature tuberculeuse (Barjon et Lesieur), donne lieu le plus souvent à une certaine élévation thermique.

Mais la symptomatologie ne permet guère d'éliminer l'hémothorax. Aussi est-ce plus souvent à l'hémothorax, *plus fréquent*, que les auteurs ont songé tout d'abord. Cette erreur n'a même été rectifiée dans le cas de Von Thaden qu'au moment de l'autopsie (Obs. II). Dans les autres observations, c'est à la suite d'une ponction que le diagnostic de chylothorax a été porté, l'examen *de visu* du liquide épanché restant ainsi le seul élément permettant vraiment de reconnaître l'affection.

Les *caractères du liquide* retiré par la ponction peuvent se grouper en trois classes : aspect macroscopique, aspect microscopique, analyse chimique.

C'est l'*aspect macroscopique* du liquide qui éveille naturellement l'attention. Son opacité jointe à sa cou-

leur blanche est caractéristique. Abandonné à lui-même, l'épanchement chyleux se divise, au bout d'un certain temps, en deux couches, une couche supérieure crémeuse et une couche inférieure. Décanté de sa couche crémeuse, le liquide présente une réaction alcaline. Il est inodore, et à la température ordinaire, il peut être conservé pendant longtemps (8 jours selon Quincke) sans s'altérer.

Au microscope, on trouve dans le liquide des granulations de volume variable mais toujours très petites, devenant grisâtres par l'acide osmique, quelques rares leucocytes et parfois des hématies.

L'analyse chimique permet souvent d'y reconnaître la présence de *glucose* et de *glycogène*. Mais ces substances, qui, pour la plupart des auteurs, dénotent la nature vraiment *chyleuse* de l'épanchement, peuvent ne pas être trouvées. D'après Rottmann d'ailleurs, elles disparaissent au bout d'un certain temps dans la lymphe la plus pure abandonnée à elle-même.

Et il ne faut pas croire que le liquide retiré puisse être du chyle pur. On concevrait mal qu'un traumatisme capable d'amener un chylothorax ne blesse pas quelques petits vaisseaux sanguins ; d'autre part, la plèvre réagit à l'irruption du chyle. Même en admettant que le liquide primitif provienne directement du canal thoracique lésé, le liquide retiré sera du chyle mélangé à du sang et à des liquides inflammatoires.

Pathogénie. — Aussi n'est-ce pas sur les caractères chimiques du liquide que l'on peut fonder une pathogénie. La symptomatologie elle-même ne présentant rien de spécial. le moment d'apparition de l'épanchement, par exemple, n'étant pas déterminé d'une façon précise, on ne pourra édifier une théorie pathogénique sur les constatations anatomiques : en dehors de là on ne pourra émettre que des hypothèses.

Or les cas de chylothorax suivis d'autopsie sont rares. Sur cinq observations où l'autopsie a été pratiquée, deux seulement (Krabbel et Hahn, obs. IV et VII) ont fourni des éléments satisfaisants au point de vue de la pathogénie. Dans ces deux cas, il s'agissait dans l'un (Obs. IV) d'une fracture du rachis au niveau de la neuvième vertèbre dorsale, dans l'autre (Obs. VII) d'une rupture du neuvième disque intervertébral. On peut admettre que le canal thoracique qui au niveau de la neuvième dorsale et du disque sous-jacent repose sur les corps vertébraux, appliqué d'autre part contre le cul de sac retro-œsophagien de la plèvre droite se soit coupé sur l'arête des fragments. Dans le cas de Quincke (Obs. I), au contraire, il est spécifié qu'à l'autopsie, on n'a pu trouver de rupture du canal thoracique. Cependant la cavité pleurale contenait 7 litres de liquide. Dans ce cas, il faudrait donc admettre, si tant est qu'il y ait eu éraillure du canal thoracique, une transsudation du chyle à travers la membrane pleurale. Mais il ne s'agit là que d'une hypothèse. Dans le

cas de Legg (Obs. X) le canal thoracique entouré d'une zone infiltrée ne put être préparé. Dans le cas de Von Thaden, le canal thoracique n'a même pas été retrouvé.

C'est qu'il est très difficile de disséquer la région prévertébrale. On pourrait, il est vrai, faciliter la recherche du canal thoracique en injectant ce canal. Mais ses parois sont peu résistantes et l'injection pourrait en entraîner la rupture.

Ainsi dans la plupart des cas, soit que le malade ait guéri ; soit que les constatations anatomiques aient été insuffisantes, la pathogénie du chylothorax n'est basée que sur des hypothèses.

Deux théories sont en présence :

1° Il s'agit d'une pleurésie traumatique de nature spéciale.

2° Il s'agit d'une irruption de chyle dans la plèvre.

La théorie de la pleurésie chyleuse traumatique compte peu de partisans. En effet la pleurésie chyleuse serait dans ce cas la transformation d'une pleurésie séro-fibrineuse ou même d'une pleurésie purulente. Or la pleurésie séro-fibrineuse ne se produit que vers le 4e jour, sa transformation demanderait un certain temps, si bien qu'on ne devrait observer d'épanchement chyleux que 8 jours au plus tôt après le traumatisme, ce qui d'autre part, nous annonce que la pleurésie séro-fibrineuse n'évolue presque jamais sans fièvre. Or, dans les cas de chylothorax traumatique on n'a jamais noté la moindre élévation de température.

Presque tous les auteurs se rattachent donc à l'idée d'une irruption chyleuse dans la plèvre.

Les cas de chylothorax non suivis d'autopsie peuvent être groupés en trois classes :

a) Cas où il y eut plaie pénétrante de la poitrine.

b) Cas où il y eut écrasement antéro-postérieur du thorax sans plaies pénétrantes.

c) Cas où il n'y eut ni écrasement du thorax, ni plaie pénétrante.

a) Dans le cas unique, où le chylothorax a succédé à une plaie pénétrante (Dietze, Obs. III), il est naturel d'admettre que le canal thoracique, touché par le projectile a été non pas rompu, car l'épanchement aurait été immédiat, mais contusionné : l'épanchement a dû se manifester au moment de l'élimination des parties contuses.

Cette explication est d'autant plus vraisemblable qu'il s'agissait dans ce cas d'une balle d'un calibre de 7 millimètres qui pénétra dans la poitrine à 7 centimètres de la ligne médiane, et a été retrouvée par la radiographie 9 mois plus tard logée sur la face inférieure du corps de la 12^{e} vertèbre dorsale un peu à droite de la ligne médiane. Le canal thoracique aurait été blessé à ce niveau.

b) Quant aux autres cas où le chylothorax a succédé à une plaie contuse du thorax sans plaie pénétrante, une rupture du canal thoracique est plus difficile à expliquer. Il est vrai qu'il peut y avoir eu lésion d'un

tronc afférent, et qu'il faut compter avec les anomalies fréquentes du canal thoracique (Cousin) (1).

Quoi qu'il en soit, dans tous ces cas, il est difficile de comprendre comment le canal thoracique, profondément situé, caché entre l'aorte et l'azygos, se rompt ou du moins est blessé alors que ses deux vaisseaux satellites, plus gros et plus exposés que lui, restent intacts.

Le chylothorax nous l'avons vu, siège presque toujours à droite. Or dans son trajet thoracique, le canal thoracique ne chemine un peu à droite de la ligne médiane que de la onzième à la cinquième vertèbre dorsale.

Il semble donc que le canal est toujours blessé dans la moitié inférieure de son trajet. Cette hypothèse concorde du reste avec les deux constatations anatomiques que nous avons relatées plus haut.

D'autre part, dans le chylothorax, lorsque les fractures de côte existent, elles siègent toujours à gauche. Il paraîtrait donc que la compression du thorax agissant avec plus de force du côté gauche, la fuite du liquide est favorisée à droite, d'autant que à droite la veine azygos protège moins efficacement le canal thoracique que ne le fait l'aorte à gauche.

c) Une telle pathogénie, quoique hypothétique apparaît encore comme raisonnable. Mais que penser de la théorie de Port qui dans son cas personnel explique la

(1) Cousin. — *Schmidt. Jahrburch. der Medizin*, 1900.

rupture probable du canal thoracique par la simple hyperextension forcée du tronc?

En résumé, sauf des cas très rares, la pathogénie du chylothorax traumatique est inconnue.

Évolution, pronostic. — L'évolution clinique du chylothorax est variable. Son trait le plus caractéristique est la reproduction rapide du liquide après la ponction. Le malade de Dietze (Obs. III) a guéri après 9 ponctions, ayant ramené 27 litres de liquide. Peu à peu le liquide se reproduit moins vite et moins abondamment; et le malade guérit.

Les causes de mort (Obs. I, II, IV, VII et X) ne sont pas toujours faciles à préciser. On peut incriminer les lésions concomittantes. Dans les faits de Von Thaden (Obs. II) et de Legg (Obs. X); dans les cas de Krabbel (Obs. IV) et de Hahn (Obs. VII), la fracture du rachis a certainement contribué beaucoup à assombrir le pronostic.

Mais il ne faut pas oublier que dans les cas de mort, on trouva à l'autopsie, une quantité considérable de liquide dans la plèvre : 6 litres dans l'observation de Krabbel, 7 litres dans les cas de Quincke (Obs. I) 3 litres dans le cas de Legg et dans le cas de Hahn (Obs. VII); 1 litre dans le cas de Von Thaden. Le malade de Krabbel est mort non ponctionné, et celui de Quincke succomba brusquement, au moment où il commençait à faire une ponction. On peut se demander si

avec de pareils épanchements, la mort n'a pas surtout été due à l'asphyxie.

Traitement. — Et cette idée doit guider tout le traitement du chylothorax traumatique.

Il faudra surveiller étroitement le malade. Dès qu'il se produira des troubles mécaniques de la respiration, dès que l'on constatera des crises de dyspnée inquiétantes, il faudra faire la thoracentèse. Dietze estime que même dans les cas graves, une ponction a une efficacité réelle.

Si après la thoracentèse l'épanchement se reproduit rapide et abondant, l'on pourra comme M. Port (Obs. VI) avoir recours à la thoracotémie. Port, dans son cas, a obtenu ainsi un excellent résultat.

Observation I (1)

(Quincke *rapportée par* Debove) (2).

(Résumée.)

Homme de 50 ans renversé par une voiture. Huit jours après, entra à l'hôpital porteur d'un épanchement pleurétique.

Deuxième jour après l'entrée, ponction de 1800 cm^3. Liquide blanchâtre laiteux ; à sa surface, par le repos, il se forma une couche crémeuse de 1 millimètre d'épaisseur ; au microscope, fines granulations graisseuses. On diagnostiqua la rupture d'un vaisseau chylifère. Les jours suivants, se développa un œdème limité d'abord au point ponctionné et qui s'étendit ensuite à toute la moitié droite du tronc et à la partie supérieure de la cuisse. En enfonçant une canule dans le tissu cellulaire

(1) Le diagnostic du chylothorax traumatique a été fait rétrospectivement, dans un certain nombre de cas dont quelques uns sont fort anciens ; nous ne reviendrons pas ici sur ces observations, qui ont été réunies et discutées par M. Bargebuhr. (*Deutsches Arch. f. Klin. Méd.*. 1895, L. IV, 4-5, p. 410.) Nous ne rapporterons que les 14 observations contenues dans la thèse de Langbein.

(2) Quincke. — *Deutsches Archiv. für Klinische Medicin.* 1875.

sous-cutané, il s'écoula goutte à goutte un liquide laiteux un peu plus transparent que le liquide pleural, et qui présentait les mêmes caractères.

L'épanchement se reforma et l'on dut pratiquer une nouvelle ponction le dix-neuvième jour; elle donna issue à 3200 cm^3 d'un liquide laiteux.

L'épanchement se reforma de nouveau très rapidement. Le 21^e jour, ponction de 1000 cm^3 de liquide laiteux. Mort dans le collapsus.

Autopsie. — La plèvre gauche contient sept litres de liquide laiteux. Plèvre bien transparente sans injection, sans coloration anormale, sans épaississement.

En comprimant le long de la colonne vertébrale, on ne peut nulle part faire sourdre du chyle dans la cavité pleurale. Le canal thoracique, à son orifice dans la veine sous-clavière droite, est plein de sang coagulé. Sa partie inférieure ne peut être explorée.

Dans le bassin, entre les anses intestinales, on trouve environ 100 cm^3 de liquide laiteux.

Malgré les résultats incomplets de l'autopsie, Quincke conclut à l'existence d'une perforation, d'un vaisseau chylifère, très probablement du canal thoracique dans la plèvre droite.

L'état normal de la plèvre, l'absence de douleur, de fièvre fait exclure l'idée d'une pleurésie.

Observation II

(Von Thaden)

Seeman,.. âgé de 31 ans, est tombé d'un mât de la hauteur de 80 pieds. Il se plaint de douleurs dans le côté droit de la poitrine, et d'incapacité fonctionnelle du bras gauche. La respiration est pénible et douloureuse. Quatre jours après, il est admis à l'hôpital pour des fractures de la huitième côte gauche sur la ligne mammillaire et de la neuvième côte sur la ligne axillaire. En plus de ces fractures de côtes gauches, on diagnostique un épanchement liquide du *côté droit*. Six jours après l'accident, on pratique une ponction dans le sixième espace intercostal droit. On retire 2750 cm^3 d'un liquide ressemblant à du sang fluide. Grand soulagement à la suite de cette ponction. Cinq jours après, la respiration redevient difficile.

Deuxième ponction. On retire 3550 cm^3 d'un liquide qui ressemble à du sang, inodore, trouble, mais cependant plus clair que celui de la première ponction. A la surface, surnagent en grand nombre des corpuscules d'apparence blanchâtre, de la grosseur d'une demi len-

(1) Von Thaden. — *Deutsches Arch. für Klin Medizin.* 1877.

tille, inégaux, ternes, mous comme du suif ou du beurre de cacao, amorphes à l'examen microscopique.

Les leucocytes sont très nombreux. Le liquide se prend un peu en caillot. Six jours après, la respiration redevient pénible. On retire 3450 cm^3 de liquide clair. Ce liquide a la même composition que celui retiré dans les ponctions précédentes. Pas de fibrine. Deux jours après, l'épanchement revient; la respiration devient très difficile. La température s'élève et atteint le soir 39°8. Mort à 4 heures et demi le lendemain matin.

L'autopsie montre que la dixième côte était également brisée. Dans la plèvre se trouvait environ 1000 cm^3 d'un liquide séro-purulent, qui présentait à la surface une couche laiteuse. Aucune lésion apparente de la plèvre.

Ce liquide chyleux est neutre, renferme 3,71 0/0 de graisse et un peu de sucre.

Observation III

(Dietze) (1).

K..., âgé de 39 ans a tenté de se suicider et s'est tiré un coup de revolver dans la poitrine. Il est admis dans un hôpital. On trouve alors, au niveau du sixième espace intercostal gauche, à 7 centimètres de la ligne médiane

(1) Dietze. — *Deutsches Zeitschrift für Chirurgie*, 1904.

un petit orifice. Un épanchement dans la cavité pleurale se manifeste. Vers le 10e jour, il fut nécessaire de pratiquer une ponction exploratrice. Cette ponction ramena un liquide de couleur chocolat qui présentait de fins globules graisseux, ainsi que des globules rouges et une petite quantité de disques ronds, à contours irréguliers, fort clairs, de la grosseur environ d'un corpuscule rouge ; mais il n'y avait aucun leucocyte. On pratiqua ensuite une ponction qui fit retirer 1500 cm³. On pratiqua ainsi 9 ponctions et en l'espace de 31 jours on retira 27000 cm³ de liquide.

Ce liquide, au commencement, était de couleur rouge, puis il devint plus clair et il prit l'aspect laiteux. On fit une analyse de ce liquide et on posa le diagnostic du *liquide chyleux*. Il n'y avait aucune élévation de température. Le volume des urines avait oscillé de 400 à 600 cm³.

Le malade avait maigri de 20 livres environ après les trois premières ponctions ; dans les 14 jours suivants, il maigrit encore de 12 livres. A la suite de la neuvième ponction, l'épanchement diminua peu à peu ; et, 14 jours après cette dernière ponction, le malade put être renvoyé.

Observation IV

(Krabbel.)

Un mineur fut écrasé par un vagon de charbon qui lui passa sur le dos. Il est conduit dans un hôpital. Il

n'avait aucune gêne respiratoire, et seulement des douleurs dans la poitrine des deux côtés. Pas de paralysie. Aucune plaie. On diagnostiqua un hémothorax dû à la blessure des vaisseaux internes. Deux jours après se produisit une gêne respiratoire qui augmenta les jours suivants.

Pas de fièvre. Mort le lendemain matin à 3 h. 1/2 par asphyxie.

Autopsie. — Côté droit de la poitrine : dans la cavité pleurale 6000 cm^3 d'un liquide ressemblant à du lait, sans pus ni sang. Fracture de la neuvième vertèbre dorsale. La dure-mère et la moelle sont intactes. Le canal thoracique est déchiré au niveau du trait de fracture.

Observation V

(Kirchner.)

Une petite fille de neuf ans avait été poussée vivement contre l'appui d'une fenêtre. Huit jours après elle ressentit une vive douleur, eut de la gêne respiratoire, et elle pert l'appétit. Une première ponction de la plèvre droite donne un liquide blanchâtre avec des corpuscules jaunâtres. Les jours suivants une seconde

(1) Kirchner. — *Langenbecks Archiv.* 1886. Bd. 32, § 156.

ponction retire 2000 cm³ du même liquide. Au microscope on trouve des corpuscules de graisse gros et petits et des cellules rondes. Quelques jours plus tard l'épanchement revient, ainsi que la dyspnée, et la nécessité d'une nouvelle ponction apparaît. Mais l'épanchement diminue, la respiration est plus facile.

La guérison survient.

Observation VI

(Port) (1).

Un manœuvre âgé de 35 ans, travaillait dans une usine, à l'aide d'un tambour en fer, qui était mis en mouvement fort rapide à l'aide d'une transmission. Ce tambour était placé près du mur. L'ouvrier s'approcha trop près du tambour, il fut saisi par ses vêtements, entraîné par le tambour, lancé par dessus et il allait être pressé entre le mur et l'appareil, Mais à ses cris, l'appareil de transmission put être arrêté. Il avait la peau contusionnée, mais aucune blessure et en particulier aucune fracture. Trois jours après il présenta de la gêne respiratoire. Une ponction ramena un liquide de couleur sang, ce qui produisit au malade un grand soulagement. Les jours suivants de nouveau il eut de

(1) Port. — *Deutsches Zeitschrift für Chirurgie.*, 1894.

la peine à respirer. Une nouvelle ponction ramena un liquide rose blanc, d'apparence laiteuse. On conduit le malade dans une maison de santé. Trois jours après on lui fit une paracentèse avec résection de la septième côte. On enleva 2 à 3000 cm^3 d'un liquide laiteux. On met un drain. Il est enlevé peu de jours après et on tamponne. Puis on retire ce tamponnement. Six semaines après l'accident, le malade sort guéri. Il n'avait jamais eu de fièvre.

Dans le chyle on trouve au microscope des globules de graisse gros et petits, quelques globules rouges et quelques globules blancs.

Observation VII

(Hahn) (1).

Un cocher, âgé de trente deux ans, conduisait un chariot. Il embrouilla les rênes. Pendant que les chevaux marchaient, il s'approcha du timon pour démêler les guides. A ce moment les chevaux se mirent à courir. Le cocher glissa en arrière et tomba, le corps portant sur la roue de devant du charriot, le ventre reposant sur le sol, et ainsi les roues de devant et de derrière passèrent sur lui. Les roues de devant

(1) Hahn. — *Deutsches Médicin. Wochensch.*, 1899.

passèrent sur le corps, celles de derrière sur la cuisse. A gauche les 9e et 10e côtes furent cassées. De plus un épanchement se manifesta dans la plèvre droite. Quelques jours plus tard, le blessé eut beaucoup de peine à respirer. On dut le ponctionner et on retira 2000 cm³ d'un liquide de couleur rosée, trouble. Au microscope on trouve des leucocytes et des globules rouges. Les jours suivants de nouveau le blessé étouffe, on lui fait une seconde ponction ; puis une troisième. Le liquide devient un peu rosé. Après la quatrième ponction le liquide était plus clair. Après la cinquième, il était comme du lait. On fit ainsi dix ponctions. On retira 29500 cm³ de liquide. Deux jours après la dernière ponction, le blessé mourut.

Autopsie. — Fractures des neuvième et dixième corps vertébraux. A droite, au niveau du dixième corps vertébral, il y a un cal. Là le canal thoracique est déchiré, la plèvre est également déchirée. Dans la plèvre droite il y avait encore 7000 cm³. Le poids spécifique de ce liquide était de 1012 à 1018. Un peu de sucre.

Observation VIII

(Bergmann) (1).

Rapporte dans son livre de pratique chirurgicale un cas où un jeune homme eut un chylothorax après un traumatisme. Le malade fut ponctionné trois fois. La guérison fut parfaite.

(1) Bergmann. — *Handbuch für Praktic Chirurgie.*

Observation IX

(Mutermilch) (1).

Enfant tombé il y a 3 semaines de son lit. Dans sa chute, il a buté contre le bord d'un petit lit. L'enfant a d'abord pleuré, puis est redevenu calme et tout sembla aller très bien pendant 14 jours. A partir de ce moment, il a commencé tout d'un coup à tousser. D'après l'examen extérieur il n'y avait pas de modification de la paroi thoracique. Mais on trouva à droite de la matité, montant jusqu'à la pointe de l'omoplate. Le minimum vesiculaire sur cette zone n'était pas entendu distinctement. La rate dépassait d'un travers de doigt le rebord des fausses côtes. Le diagnostic porté fut l'épanchement pleural droit. La ponction exploratrice donna issue à un liquide tout à fait semblable au lait, sans odeur, jaunâtre avec un poids spécifique de 1017. Réaction alcaline. Ce liquide contenait des petits corpuscules graisseux, mais pas de grands corpuscules. La graisse était très abondante ainsi que l'albumine. Au microscope, on a trouvé de très fins noyaux graisseux, peu de lymphocytes, des leucocytes, neutrophiles qui contenaient des noyaux graisseux, des cellules endothéliales et peu de corpuscules rouges.

(1) Mutermilch. — *Zeitsch. für Klin. medic.*, 1902.

Observation X

(Legg) (1).

Un homme de 62 ans tombe d'une balustrade. Pendant cette chute, une roue de voiture passe sur la partie postérieure de son thorax de gauche à droite en ligne oblique. Pendant l'examen immédiat, on trouva une fracture de la deuxième côte gauche. En outre, la partie postérieure du thorax et du cou était très douloureuse. C'est pourquoi on ne put pas le premier jour faire asseoir le malade et l'ausculter.

Le cinquième jour seulement, on put examiner le malade, et on trouva un gros épanchement dans la plèvre gauche.

Mort le 10e jour après l'accident.

L'autopsie montra : fracture des deuxièmes côtes droite et gauche.

Dans la plèvre gauche, on trouva 3000 cm³ d'un liquide épais, semblable à du lait avec petits corpuscules graisseux. Avec l'éther le liquide se clarifie. Dans la plèvre droite, on trouva également un peu de ce même liquide. Le canal thoracique est entouré d'un tissu infiltré de sang et c'est pourquoi on n'a pu en faire une préparation isolée.

(1) Legg. — *St Bartholomew's Hospital journal*, 1899.

Observation XI

(Othon Hensen) (1).

Le 26 avril 1897, le mineur B... âgé de 19 ans, a été blessé par un tombereau de charbon qui le serra contre la porte d'un couloir, ce choc portant sur la poitrine. — B... fut pris de vertige et eut de la difficulté de la respiration. Il travailla encore trois heures et rentra ensuite dans son logement situé à deux heures de distance de la mine. Le lendemain, la dyspnée s'aggrava, et le surlendemain, B... fut reçu à l'hopital.

Pas de fracture de côte. Teint cyanotique.

Matité absolue à droite, à partir de la 8e côte. La matité augmente bientôt et la respiration devient plus difficile.

On ponctionne alors et il sort un liquide blanchâtre semblable à du lait.

A la suite de cette ponction, expectoration mélangée de sang. Puis de la matité apparaît à gauche et une ponction faite de ce côté fait sortir également un liquide laiteux, mais tirant un peu sur le jaune.

Quelques jours après, la dyspnée diminue et l'épan-

(1) Othon Hensen de Sulzbach. — *Münchener Medicinische*, 17 mai 1898.

chement entre en voie de régression. Le 18 septembre, le malade est complètement rétabli pour quitter l'hopital, moins d'un mois après l'accident.

Observation XII

(Haudmann). (1).

Un garçon de 16 ans est pris par le volant d'une machine, entraîné et comprimé violemment contre un mur.

Plusieurs fractures, comprenant la clavicule gauche et quelques côtes, se produisent. Deux jours après l'accident, on trouve dans la plèvre un léger épanchement. Une ponction ramène du sang pur (plèvre droite) et un liquide lactescent rosé (côté gauche).

Ce liquide examiné histologiquement et analysé fut reconnu être du chyle mélangé d'hématies.

Dix jours après, une nouvelle ponction est nécessaire; le liquide présente les mêmes caractères. Dans la plèvre droite, il existe un peu de liquide citrin (probablement la sérosité exsudée du caillot sanguin.) Le malade guérit.

(1) Haudmann. — *Münchener Med. Woch.* 1899.

Observation XIII

(Haudmann) (1).

Un homme de 22 ans reçoit un coup d'une balançoire dans la moitié gauche du thorax. On note un gros épanchement pleural de ce côté. Le liquide retiré atteint trois litres. Il est laiteux. Guérison.

Observation XIV

(Langbein) (2).

Commémoratif. — F. K..., enfant de 9 ans, a eu à 1 an la scarlatine, à 6 ans la rougeole.

Le 5 juin 1904, l'enfant s'amusait assis sur une planche qu'il avait placée en bascule. A un moment donné cette bascule vint contusionner sa cage thoracique. L'enfant raconte qu'alors la bascule frappa sa poitrine.

(1) Haudmann. — *Münchener Med. Woch.* 1899.
(2) Langbein. — *Th. Leipsig*, 1904.

Il se plaignait de douleurs lombaires, puis plus tard de vives douleurs dans la poitrine et dans le dos.

Le 9 juin 1904, il entra en traitement à la clinique.

Etat actuel. — L'enfant est d'aspect gracile, et mange peu. Il n'y a ni sucre, ni albumine dans son urine.

Le côté droit du thorax est de façon évidente extrêmement développé en son entier. La respiration est accélérée. Dans la position verticale, debout, on trouve de la matité absolue, devant et derrière, jusqu'à la hauteur de la troisième côte.

Au sommet du poumon le son est submat. Au niveau de la matité la respiration est abolie ainsi que le frémitus vocal. La toux n'est pas entendue. L'épanchement est très mobile. La matité hépatique dépasse le rebord costal environ de la largeur d'un doigt. La matité cardiaque s'étend un peu au delà de la pointe du mamelon gauche.

Le pouls est petit et régulier. Il n'y a pas de température.

Le diagnostic posé est celui d'*hydrothorax droit.*

On pratique une ponction dans le 6e espace intercostal droit. On retire neuf cent centimètres cubes d'un liquide rose. Ce liquide ressemble à du lait gras, et laisse déposer du sang après un long repos.

A l'examen microscopique on trouve surtout de fines gouttelettes graisseuses, avec de plus des leucocytes et des corpuscules de sang rouge.

La réaction est alcaline. Il n'y a pas de sucre. Le liquide se coagule par l'ébullition. La densité est 1020. Proportion de graisse : 3,95 pour 100.

Le 11 juin 1904. — La difficulté respiratoire est réapparue. L'épanchement remonte de nouveau jusqu'à 2 ou 3 travers de doigt du sommet. Le pouls est à 112. La respiration est de 36 à la minute. On retire le soir 750 cm ^{3} de liquide ; sans avoir soustrait tout le liquide. Après la ponction la matité est au-dessous de langle de l'omoplate. L'examen du liquide montre les mêmes proportions et la même constitution du liquide. Il y a 3,45 pour 100 de graisse.

Le 14 juin 1904 la matité remonte de nouveau jusqu'à l'épine de l'omoplate. Il y a en arrière de la poitrine, au sommet du poumon de l'emphysème. Le foie déborde le rebord des fausses côtes de deux travers de doigts environ. On sent battre la pointe du cœur au niveau de la ligne axillaire gauche antérieure. Pouls est à 104. La respiration est de trente-quatre. Le malade est ponctionné de nouveau. On retire 1200 cm^3 d'un liquide chocolat au lait. La réaction du liquide est neutre. Il coagule en flacon à l'ébullition. Il y a 3,85 pour 100 de graisse.

Le 16 juin 1904, la matité est remontée à nouveau. Le pouls est à 96 le matin, à 116 le soir. La respiration est à 24 le matin, et à 56 le soir.

Le 18 juin 1904. — L'épanchement paraît un peu diminué, le choc de la pointe est revenu un peu vers la ligne médiane et frappe près de la pointe du mamelon. Pouls à 108. La respiration est à 32.

Le 21 juin 1904. — L'épanchement diminue d'une façon manifeste. Le pouls est à 104. La respiration est à 28.

Le 25 juin 1904. — L'épanchement atteint maintenant à peine un travers de doigt au-dessous de la pointe de la mamelle et en arrière il est au-dessous de l'angle de l'amoplate. La respiration est à 24; le pouls bat à 96.

Le 3 juillet 1904. — L'épanchement n'est pas encore entièrement disparu et la percussion n'est pas redevenue claire. La quantité d'urine qui jusqu'au 19 juin avait été en diminuant, reprend alors peu à peu et augmente.

Le pouls du malade qui avait varié de 23,1 kg. à 22,2 kg., est bientôt remonté à 23,1 kg. La température ne s'était pas élevée au-dessus de 38,2, le soir, le 18 juin, varie actuellement contre 36,2 et 37,8.

Le 4 juillet 1904. — Le malade est guéri.

CHAPITRE II

Epanchements chyliformes inflammatoires.

Dans la grande majorité des cas, les épanchements chyliformes intra-pleuraux surviennent au cours de maladies à évolution extrêmement lentes et surtout au cours de vieilles pleurésies-chroniques. Ce sont « des épanchements inflammatoires chroniques ». (L. Landouzy et Marcel Labbe). Cette notion étiologique domine toute leur histoire et les sépare nettement, à notre avis, des cas étudiés précédemment.

Historique. — Les observations antérieures à ces dernières années sont peu probantes et méritent à peine mention. La plus ancienne se rapportant à un épanchement pleural est celle de Donald Mouro, qui l'avait empruntée à Bass (1789). On la trouve reproduite dans le travail de Debove.

Gendrin (1) a signalé en 1826 l'aspect lactescent des liquides épanchés dans les cavités séreuses enflammées depuis longtemps. Il avait remarqué que le liquide était alors quelquefois, blanc jaunâtre, ressemblant à du lait clarifié, parfois même laiteux. De Laharpe (1842) (2), parle également de la possibilité d'épanchements laiteux dans les séreuses enflammées. Mais dans tous ces cas, il s'agissait, à vrai dire, surtout d'ascite chyleuse.

Guéneau de Mussy, paraît avoir le premier observé la transformation d'une pleurésie purulente ancienne en un épanchement chyleux (3). Cet auteur a relaté cette transformation dès 1872 dans une leçon sur « la thoracentèse au cours des épanchements pleuraux anciens ». Il fondait sa théorie sur deux observations de pleurésie purulente ancienne, dans lesquelles il insistait sur la disparition des leucocytes et la transformation du pus en une émulsion de matière grasse. « Cette transformation, disait-il, le rend inaltérable et inoffensif pour les tissus avec lesquels il se trouve en contact et fait que les désordres produits par la présence d'un épanchement de cette nature se réduisent à des troubles purement mécaniques. » Cette leçon n'attira pas l'attention et, en France, rien ne fut publié à ce sujet jusqu'à la thèse de Sainton.

(1) Gendrin. — *Histoire anatomique des inflammations*, 1826.
(2) de Laharpe. — *Archives générales de médecine*, 1862.
(3) Guéneau de Mussy. — *Clinique médicale*, T. I. p. 637.

Sainton (1881) (1), consacre sa thèse à cette forme latente et bénigne d'épanchement purulent de la plèvre, dans laquelle le pus est presque indéfiniment toléré, et à ce propos il rapporte quelques exemples incontestables d'épanchements chyliformes de la plèvre.

Mais il faut arriver à la communication de M. le professeur Debove (1881) pour trouver une première étude d'ensemble sur les épanchements chyliformes des séreuses. Debove ayant observé un cas d'épanchement chyliforme inflammatoire de la plèvre, a rassemblé à ce sujet les observations éparses dans la littérature médicale.

Depuis cette époque Busey (1888) et Bargebühr (3) ont rapporté des observations d'épanchements chyliformes de la plèvre et du péricarde.

Poupy (4) dans sa thèse inaugurale a collecté la plupart des cas publiés jusqu'en 1898. Jousset (5), en 1901 à repris la question et publié leurs observations personnelles. Enfin, en dehors de ces travaux d'ensemble, des observations éparses de pleurésie chyliformes ont été publiées par Barjon et Cade (6), Londe (7).

(1) Sainton. — Thèse Paris, 1881. *Sur une variété latente et bénigne d'emphysème.*

(2) Debove. — *Communication à la société médicale des Hôpitaux,* 27 mai 1881.

(3) Bargebuhr. — *Deutsches Archiv. für Klinisch. Medicin.* 1893.

(4) Poupy. — Thèse Paris, 1898.

(5) Jousset. — Thèse Paris, 1900.

(6) Barjon et Cade. — *Bul. médi.* 1901.

(7) Londe. — *Arch. Gen. méd.* 1904 tome II.

*
* *

Nature du liquide. — Le liquide ainsi épanché dans la plèvre n'est jamais du chyle pur. C'est pourquoi on décrit en général ces épanchements sous le nom d'épanchements chyliformes.

Le chyle pur se caractérise par l'abondance des graisses. Les analyses de Noël Paton (Observations on the composition and flow of chyle from the thoracic duct in man, Journ. of physiol. II, 109-114) du chyle recueilli par une fistule du canal thoracique chez l'homme après ingestion d'une nourriture qui contenait de 50 à 84 grammes de graisse pour 20 à 45 grammes d'albumine, ont donné 24,06 pour 1000 de graisse. Dans ces analyses, il faut entendre par graisses l'extrait ethéré (graisses neutres, acides gras, lécithine). A la vérité cette composition chimique est extrêmement variable suivant l'état de jeune ou de digestion. En tout cas si le liquide des épanchements chyliformes est riche en graisse, il ne l'est jamais autant que le chyle pur. Dans les analyses faites par Jousset, nous voyons que dans ces cas, il y avait 1 gr. 50 d'extrait ethéré de graisse (Obs. XXIX), et dans le second entre 2 grammes et 2 gr. 50 (Obs. XXIII).

En second lieu, le chyle ordinairement se coagule immédiatement après sa sortie des vaisseaux. Le chyle contient en effet comme le sang le fibrinogène dans son

plasma et le fibrin-ferment dans ses leucocytes. Or, en général, le liquide chyliforme renferme peu de fibrine. « Le liquide présente en outre, dit Jousset dans une de ses analyses, une particularité. C'est la lenteur de sa coagulation. Si l'on a soin de séparer quotidiennement les caillots fibrineux par filtration, on en voit se former de nouveaux, le lendemain de cette opération, et cela pendant trois semaines consécutives ».

Les leucocytes manquent fréquemment dans le liquide chyliforme. Dans une observation de Jousset (Ob. XXXI), à la première ponction on ne trouva aucun leucocyte, et seulement des hématies, avec de loin en loin des cellules endothéliales isolées ou groupées par placards. Lors, d'une seconde ponction il nota que quelques leucocytes granuleux. Lorsqu'on trouve des leucocytes en plus grand nombre, ils sont alors dégénérés, et c'est sur un cas de ce genre que Jousset a pu suivre les différentes phases de la transformation des leucocytes en granulations graisseuses.

La cholesterine n'existe qu'en partie très minime dans le chyle (0,6 p. 1.000, d'après Noël Paton, *loco citato*), alors qu'au contraire elle a été notée en grande quantité dans une observation de Guéneau de Mussy (Obs. XVIII), dans celle de Debove (Obs. XXVI), et dans celle de Poupy (Obs. XX).

Enfin on ne trouve presque jamais de sucre dans le liquide laiteux, alors que le fait est possible dans le

chyle (Senator). Mais il s'agit là d'un point de physiologie très discutable, ainsi que nous l'avons déjà vu.

Tels sont les principaux points qui séparent le liquide chyliforme du chyle vrai.

Si nous cherchons maintenant à préciser rapidement les principaux caractères macroscopiques du liquide chyliforme, nous voyons qu'ils sont presque identiques à ceux de l'épanchement du chylothorax traumatique. C'est un liquide blanc jaunâtre, opaque. Il présente une certaine fluidité. Ce n'est souvent que le lendemain qu'il se coagule, et alors il se produit à sa surface une fine matière blanche pulvérulente, composée de granulations, souvent seulement de fines granulations de 1 à 2 gr. et jamais de gouttelettes de graisse. Le liquide comprend alors également une couche moyenne transparente et jaune. Le fond est formé d'hématies, avec quelques cellules endothéliales et souvent on ne trouve pas de leucocytes.

*
* *

Pathogénie. — Quelle est la pathogénie de cette lactescence du liquide épanché? Nous renvoyons pour cette discussion à la thèse de Jousset où l'on trouvera la question très complétement étudiée. Rappelons-en simplement les points principaux.

Il n'y a pas pleurésie lactescente *chyleuse* par trans-

sudation comme il existe des ascites lactescentes par lymphangite des chylifères. Telles celles des cirrhoses et de certains néoplasmes albominaux. La cause de ce fait vient de ce qu'il n'y a pas de chylifères dans la plèvre et par conséquent pas de transsudation possible. Quincke avait bien admis que le liquide épanché dans la plèvre avait pénétré dans l'abdomen par les voies lymphatiques du diaphragme. Mais il s'agit là vraiment d'une hypothèse trop complexe.

Les pleurésies laiteuses sont donc chyliformes et dérivent d'une fonte leucocytaire plus ou moins parfaite. C'est du pus transformé, et Jousset a pu montrer toutes les figures de transition entre les leucocytes et les granulations.

Pourquoi cette transformation ? Pourquoi cette dégénérescence granulo graisseuse ? Il s'agit là d'un problème ignoré.

*
* *

Etiologie. — Les causes de ces pleurésies laiteuses paraissent multiples. Voici le tableau qu'en donne Jousset.

Cancer de la plèvre.....	10 cas.
Pleurésie tuberculeuse.....	7 cas.
Peurésie simple.....	4 cas.
Abcès du poumon.....	1 cas.

Oblitération de la veine sous clavière gauche	4 cas.
Lymphangite	2 cas.
Parasite	2 cas.
Lipémie	1 cas.
Cas douteux	13 cas.

A l'inspection de ce tableau, l'étiologie de ces pleurésies laiteuses parait donc fort obscure. Il semble au contraire que l'étiologie en est plus simple et que d'autre part quelques facteurs étiologiques ont été omis dans cette énumération.

***

A) *Tuberculose.* — La grande majorité des épanchements paraissent dus à la tuberculose. (Observations XV, XVI, XVII, XVIII, XIX, XX, XXI, XXII, XXIII, XXIV, XXV). Parmi les observations que Sainton rapporte dans sa thèse sous le titre de variété latente et bénigne d'empyème, quatre ont rapport à des épanchements chyliformes (Obs. XV, XVI, XVII, XVIII). D'après cet auteur, dans aucun de ses cas, il ne pouvait être question de la tuberculose. Un seul de ses malades, dit-il, en avait présenté des signes (hémoptysies, submatité, et expiration prolongée au sommet). Mais tous les autres n'avaient aucun antécédent héré-

ditaire ou personnel de phtisie. Et Sainton est ainsi amené à conclure que cette forme, qu'il considère comme une forme bénigne de pleurésie purulente, ne se montre que chez des individus qui n'ont aucune tare morbide originelle ou acquise.

Il semble bien cependant que les douze observations rapportées dans la thèse de Sainton, et entre autres les 4 cas de pleurésie chyleuse, ont trait à des abcès froids de la plèvre, car ce travail est antérieur à la découverte du bacille de Koch et la preuve de l'origine tuberculeux de ses abcès ne pouvait alors être faite.

L'observation rapportée par Poupy dans sa thèse (Obs. XX) a trait indiscutablement à un tuberculeux. Ce malade a séjourné pendant vingt-deux-mois à Laënnec et y a été considéré comme un tuberculeux avéré. Ce diagnostic est confirmé à son entrée à l'Hôtel Dieu en janvier 1898; le malade avait des lésions tuberculeuses pulmonaires avec un abcès froid à la partie antérieure du thorax, sur le point de se fistuliser.

Zuber (Obs. XIX) à propos du travail de M. Debove, a également signalé un épanchement pleurétique chez un phtisique avéré à la dernière période de sa maladie. D'autres cas nets d'épanchements chyleux chez des tuberculeux ont encore été publiés par White, (Obs. XXI) Kingston Fower (Obs. XXII).

Les caractères cliniques de ces épanchements laiteux inflammatoires sont également en faveur de cette origine tuberculeuse. Il s'agit presque toujours d'évolution

chronique, extrêmement lente, et c'est là la manière habituelle des pleurésies tuberculeuses. On sait la comparaison classique de la pleurésie purulente tuberculeuse avec un véritable abcès froid pleural qui évolue comme une lésion locale, « dont la tendance à la chronicité s'accuse dès le début de son évolution et se manifeste dans la suite par l'allure trainante et insidieuse des symptômes. » (Courtois-Suffit.).

Jousset, dans sa thèse, se range à cette hypothèse et il considère que la majorité des pleurésies laiteuses ne sont autre chose que des pleurésies tuberculeuses (Obs. XXIII). Il s'étonne du chiffre minime de pleurésies laiteuses tuberculeuses établi par les statistiques de Shaw, et il ajoute : « Nous ne savons comment a été fait le dénombrement de pleurésies tuberculeuses par Shaw, mais le chiffre ici donne (9 sur 60 cas) nous semble bien au-dessous de la réalité. D'une part, il existe dans la thèse de Sainton, douze cas se rapportant à ce qu'il appelle des empyémes latents qui certainement sont des abcès froids de la plèvre; d'autre part, quelques cas où existaient concomittamment une pleurésie et une ascite laiteuses sont rangés simplement parmi les ascites, sans figurer dans les deux statistiques : d'où sans doute cet écart avec ce qui nous semble être la réalité.

Dans le traité de médeciné de Charcot-Bouchard, Netter rattache catégoriquement les épanchements chyliformes de la plèvre aux épanchements tuberculeux. Il

décrit ces deux variétés dans un même chapitre, sous le titre commun de pleurésie tuberculeuse. C'est du reste encore chez des tuberculeux qu'ont été observés les cas d'épanchements chyliformes publiés tout récemment par Barjon et Cade, Londe.

*
* *

L'inflammation chronique de la plèvre qui se manifeste par un épanchement laiteux, n'est pas toujours sous la dépendance d'une infection tuberculeuse. Dans certains cas, soit cliniquementt soit anatomiquement on ne peut faire que le diagnostic de pleurésie chronique sans y joindre aucune épithète (Obs. XXVI de Debove, Obs. XXVII de Bacelli, Obs. XXVIII de Marcellin).

Jousset a rapporté un cas d'infection pleurale à pneumocoques. Il s'agit d'une malade ayant présenté tous les signes classiques d'une pneumonie franche classique. A la suite de cette pneumonie se manifeste un épanchement pleural dont le pus épais jaune, verdâtre représente le type du pus à pneumocoques. Le pneumocoque y fourmille, Le liquide retiré par la ponction laisse déposer une mince pellicule blanche sorte de crème non cohérente.

Il ne s'agit donc pas dans ce cas d'un épanchement chyliforme de la plèvre nettement constitué, mais sim-

plement « de pus en voie de régression rapide, mal lié, fluide, avec digestion des éléments cellulaires dont on retrouve les éléments constitutifs principaux (graisse et nucléo-albumine) en suspension et en dissolution dans la partie liquide à laquelle il donne son opalescence.

Netter signale également un cas d'épanchement chyliforme pleural du à l'inflammation chronique de la plèvre causée par une infection à streptocoque.

*
* *

Il nous faut rapprocher des épanchements chyleux au cours des pleurésies chroniques l'opalescence de certains épanchements pendant l'évolution de lymphadenomes médiastinaux ou de cancers pleuro-pulmonaires.

Les néoplasmes du poumon et surtout de la plèvre entraînent souvent des épanchements pleuraux assez abondants se reproduisant rapidement après ponction. Le plus fréquemment il s'agit de pleurèsies hémorrhagiques ; mais l'épanchement peut présenter tous les caractères du liquide chyleux.

Nous en rappelons ici deux cas (observations XXX et XXXI) les seuls que nous ayons pu trouver. Toutefois de tels faits doivent être beaucoup plus fréquents. Car pour Jousset, pour Landouzy et Marcel Labbe le cancer pleuro-pulmonaire est après la tuberculose, la la cause plus importante des pleurésies chyleuses.

La chose n'a rien qui puisse étonner, puisque le cancer, maladie chronique, où les éléments cellulaires dégénèrent facilement, survient souvent lui-même après une longue période d'inflammation chronique.

*
* *

Les épanchements laiteux de la plèvre peuvent encore être dus à un parasite. Winckel et Lancereaux ont rapporté des exemples d'ascite-chyleuse probablement sous la dépendance de filariose péritonéale.

« Chez une femme de trente neuf ans récemment arrivée de Surinam après un séjour de dix années, Winckel (1) ponctionna l'abdomen qui était atteint d'ascite et il s'en échappa un liquide crémeux, coagulable, renfermant un nombre énorme de petit entozoaires filiformes agités de mouvements très énergiques chez lesquels on distinguait une tête arrondie pourvue quatre à cinq cils vibratiles, et une queue allongée terminée en pointe ». (Cité d'après Lancereaux) (2).

Lancereaux rapporte également dans les mêmes leçons cliniques, un cas d'Amussat où il existait de la sérosité sanguinolente épanchée dans la cavité péritonéale et

(1) Vinckel, — *Chyloser Ascites bewickt dur Parasiten (Hœmatozoon) Deutsch. Arch. f. med.*, Leipzig, 1876, t. XVIII, p. 303-306.

(2) Lancereaux — *Leçons de clinique Médicale* 1894, p. 58.

dans les plèvres. De même dans le cas rapporté par Wilks et Ormerod (1) il survint à la fin de la vie du malade un épanchement de la plèvre gauche dont le liquide examiné à l'autopsie était semblable à celui du péritoine (Obs. XXXIII).

Dans ces cas rares la filariose aurait donc surtout déterminé un épanchement laiteux intra-péritonéal, et ce n'est qu'accessoirement qu'un peu de liquide chyleux aurait été observé dans la plèvre. Lancereaux explique ce fait, par l'habitat ordinaire du parasite filarien.

L'observation, qui nous est personnelle (Obs. XXXIV) et a fait le point de départ de cette étude a trait à un épanchement *chyliforme* de la *plèvre*, et paraît cependant rapportée à la filariose.

Le malade qui en est l'objet a longtemps vécu aux colonies, au milieu de camarades qui paraissent avoir été atteints par la filaire. Lui-même, en 1897, remarqua que ses pieds enflaient et qu'il pissait noir. Puis plus tard, il émet des urines laiteuses, ses jambes enflent, son scrotum devient volumineux. Il entra à ce moment à l'hôpital La Charité dans le service de M. Labadie-Lagrave, et le malade dit qu'alors là on constata la présence de filaires dans son sang. Nous n'avons pu contrôler ce renseignement, mais, à Meaux nous avons procédé à des examens répétés de son sang. Ces examens furent toujours négatifs, sauf dans

(3) Wilks et Ormerod. — *Transact. of the path. Society*, London, 1868, t. XIX, p. 199 et 203.

un cas. Une lame de sang, pris à *10 heures du soir*, à l'extrémité de l'index, nous montra une grande quantité de petits serpents immobiles, relativement très volumineux, qui nous ont paru être, d'après les données classiques des embryons de filaires. Malheureusement une opinion plus compétente n'a pu vérifier notre diagnostic. Nous avons fait une nouvelle prise de sang, et nous en avons confié l'examen à un de nos amis, M. Hautan, interne des hôpitaux de Paris. Il fut négatif. Il est vrai que l'examen ne fut fait qu'au bout de quelques jours et les classiques disent qu'un examen à cette date peut être négatif même s'il existait des filaires dans le sang. Nous tenons à préciser tous ces détails, afin de peser exactement la valeur de notre observation. Pourtant, malgré notre unique observation microscopique, l'histoire clinique nous parait assez nette pour militer grandement en faveur de l'origine filarienne de cet épanchement pleural. La tuberculose ne semble pas devoir être incriminée dans ce cas. Nous avons revu notre malade encore tout récemment et l'avons examiné à ce sujet tout particulièrement. Les sommets des deux poumons avaient leur sonorité normale, *sans trace de lésions*.

A côté de cette observation, il nous faut ranger celle de Panagiotaton (Obs. XXXIII), qui a trait à un épanchement chyliforme d'origine bilharzienne. La preuve de la nature de cet épanchement a pu être faite par l'examen microscopique. Panagiotaton trouva

à l'autopsie des nodules pleuraux, qui à un examen microscopique présentèrent des ovules de distoma hœmatobium en différents dégrés de développements.

La nature parasitaire de ces épanchements chyliformes de la plèvre étant admise, comment faut-il expliquer leur apparition? Lancereaux croit que, selon toute vraisemblance, c'est par un mécanisme d'obstruction de vaisseaux lymphatiques ou chylifères, que la filaire parvient à produire un épanchement chyleux. Il s'agirait donc d'épanchements chyleux d'origine mécanique.

Cependant cette origine mécanique parait bien difficilement acceptable. On ne peut pas admettre l'obstruction de fins chylifères pleuraux, puisque ceux-ci n'existent pas. Il faut donc se rabattre sur l'obstruction du canal thoracique par des œufs de Bilharzie ou des embryons de filaire. Au-dessus de cette obstruction se produirait une rupture du canal thoracique, et une fistule consécutive. Cette explication paraît bien invraisemblable.

Au contraire, que voyons-nous dans l'observation de Panagiotaton? La malade présentait une fièvre à type intermittent. Elle souffrait beaucoup, et paraissait avoir cliniquement une pleurésie. A l'autopsie on a trouvé des nodosités pleines de distoma et pas de fistule. Il y a là, des phénomènes inflammatoires assez accentués pour expliquer l'existence d'une pleurésie laiteuse.

Dans notre cas, il nous semble également que les symptômes s'expliquent mieux si l'on admet la théorie

inflammatoire. Il est vrai que notre malade n'a jamais eu de fièvre, que les seuls troubles dont il se soit plaint sont des troubles mécaniques, que l'abondance de l'épanchement et la rapidité surprenante avec laquelle il se reforme font penser tout d'abord à une rupture d'un gros tronc lymphatique se déversant dans la plèvre. Mais l'épanchement est *bilatéral*, et il n'y a qu'un cas de chylothorax traumatique bilatéral (Obs. de Othon, Henssen). A la vérité, dans ce cas, comme dans le nôtre, l'épanchement était plus abondant, plus rapide à se reformer à droite qu'à gauche. Mais s'agissait-il là vraiment d'un chylothorax traumatique? Le malade a guéri, comme le nôtre et, par conséquent la rupture du canal thoracique est hypothétique.

D'autre part, l'évolution générale de la maladie diffère sensiblement, dans le cas de Henssen et dans le nôtre. Le malade de Henssen a guéri en moins d'un mois. Le liquide s'est produit en grande abondance chez notre malade pendant plus d'un an. Lorsque nous l'avons vu la dernière fois, il avait encore du liquide dans sa plèvre. Une évolution aussi longue n'est pas le fait d'un chylothorax traumatique ; qui guérit beaucoup plus vite. Aussi rattachons nous notre cas, comme celui de Panagiotaton, à une inflammation chronique de la cavité pleurale.

* * *

Nous n'étudions pas ici les autres causes de pleurésies chyleuses citées par Jousset (oblitération de la veine sous-clavière gauche, lymphangite lipeuse...) Nous n'avons pu trouver les observations qui s'y rapportent ; nous nous contentons de signaler ces causes rares de pleurésie chyleuse.

*
* *

Étude clinique. Évolution. — « Les épanchements chyliformes de la plèvre, dit-on dans le « Manuel de Médecine » ne se distinguent pas cliniquement d'une pleurésie séreuse ou purulente, subaiguë ou chronique. » Il nous semble, au contraire qu'il y a lieu d'insister sur certaines particularités de leur évolution.

Dans beaucoup de cas, il est très difficile de retrouver le DÉBUT exact de l'épanchement. Très souvent l'épanchement existe depuis très longtemps à l'état latent. Les deux observations de Gueneau de Mussy en sont un bon exemple : dans l'une (Obs. XVIII) il s'agit d'un homme qui traîne sa pleurésie depuis plus de 18 mois, il a de l'oppression, de la douleur, un peu de cyanose : cela ne l'empêche pas de travailler. Dans l'autre (Obs. XVII), un général russe a parcouru l'Europe pendant 15 années avec son épanchement.

Aussi, la plupart du temps, n'a-t-on suivi le malade

qu'à un moment donné de sa maladie. Et l'on comprend qu'il soit difficile de dire, dans ces conditions, si la lactescence du liquide est plus souvent primitive ou si elle n'apparaît généralement qu'à un moment donné de l'évolution. Toutefois, plusieurs observations nous donnent des renseignements intéressants à ce point de vue. Dans l'observation de Poupy (Obs. XX), le malade avait été ponctionné plus de deux ans auparavant, et on avait retiré à ce moment un verre de liquide clair.

Le malade de Londe (Ob. XXV) atteint en février 1901 d'une pleurésie sero-fibrineuse tuberculeuse typique, transforma son épanchement séreux en épanchement purulent vers la fin de mars de la même année. La purulence persista en 1901 et 1902 ; puis l'état général devint bon et le liquide retiré présenta tous les caractères de l'opalescence.

De même dans l'observation de Jousset (Obs. XXIX), une première et une deuxième ponction donna issue à un pus pneumocoque net. La troisième ponction donna un liquide opalescent. Il peut donc y avoir transformation d'un épanchement séreux ou purulent en épanchement laiteux.

Quoiqu'il en soit le liquide s'accroît lentement, insidieusement, et à LA PÉRIODE D'ÉTAT on a presque toujours affaire à un épanchement de *grande abondance*. Il n'est pas rare qu'on retire de la plèvre 1,700, 1,800, 2,000 gr. de liquide. Dans l'observation de Poupy

(Obs. XX), au moment où le liquide a présenté l'aspect chyliforme, on a pu retirer de la plèvre, la première fois 2 litres, la deuxième fois 1,800 cm ^{3}.

Le liquide ensuite est redevenu sero-fibrineux, et, depuis lors, jamais on n'a retiré plus de 1,200 cm ^{3}.

Dans notre cas personnel (Obs. XXXIV), nous avons fréquemment retiré plus de 2 litres de liquide et cela à des intervalles très courts.

De tels épanchements déplacent fortement les organes. La matité dans l'espace de Traube est absolue, le cœur est déplacé, le foie abaissé. — On comprend que dans ces conditions, les malades présentent fréquemment une oppression et une dyspnée notable, un peu de cyanose même, comme dans le cas de Poupy (Obs. XX).

C'est pour des phénomènes d'asphyxie mécanique que notre malade est toujours entré à l'hôpital, demandant qu'on le ponctionne d'urgence.

L'épanchement ponctionné se reproduit rapidement. Dans le cas du général russe (Obs. XVII), Gueneau a fait 3 ponctions en moins de 1 mois et demi. Barjon et Cade durent faire 4 ponctions à leur malade en 2 mois (Obs. XXIV)... Dans tous ces cas, il s'agissait de tuberculose.

Dans les deux observations nettes où l'épanchement est facteur de parasite, le liquide s'est reproduit tout aussi rapidement.

Dans le cas de M^{me} Panagiotaton (Obs. XXXIII),

deux ponctions furent pratiquées coup sur coup, ce qui n'empêcha pas la malade de mourir asphyxiée. Dans notre fait personnel, le nombre des ponctions s'élève à plus de 40, le liquide retiré à plus de 80 litres (Obs. XXVIV).

Dans les deux cas de cancer de la plèvre ou de lymphadenome que nous rapportons (Obs. XXX et XXX), l'épanchement est aussi abondant, se reproduit aussi rapidement. On sait, du reste, que les pleurésies cancéreuses, tout au contraire, sont abondantes et se reproduisent vite.

Les épanchements chyleux nous apparaissent donc avant tout comme de *grands épanchements rapidement réformés* après ponction. Et pourtant ils ne s'accompagnent *pas de phénomènes généraux*. Sans doute, lors qu'on est obligé, comme chez notre malade de faire des séries de ponctions très rapprochées, le malade maigrit, il ébauche une cachexie séreuse. Mais qu'une accalmie survienne, que les ponctions s'espacent, et le malade reprend son poids normal. S'il y a cachexie véritable, cette cachexie est en rapport non avec l'épanchement, mais avec la cause de cet épanchement : tuberculose, cancer.

Dans aucun cas, l'épanchement lactescent n'a donné de fièvre.

Le malade qui fait le sujet de notre Observation XXVII n'a pas eu de fièvre tant que le liquide a été

laiteux ; la fièvre est apparue au moment du passage du liquide à la purulence.

Aussi et bien que *l'évolution* soit très lente, ne faut-il jamais désespérer de guérir son malade. L'existence d'un épanchement chyliforme est compatible avec une grande survie ; elle n'a pas chez le tuberculeux d'influence défavorable sur l'évolution de la tuberculose. Il semble au contraire que l'opalescence de l'épanchement se produit dans des cas relativement favorables. Ainsi dans l'observation de Londe, l'apparition de l'opalescence a coïncidé avec l'amélioration du malade.

En général petit à petit, le liquide, tout en restant lactescent diminue d'abondance ; il se réproduit moins vite ; et à la longue il disparaît entièrement. Ou bien au moment de la guérison l'opalescence disparaît, le liquide devient citrin. C'est là du reste un fait extrêmement rare et qui n'est signalé que dans l'observation de Poupy. (Obs. XX).

Si au contraire, l'état général devient mauvais, la purulence peut succéder à l'opalescence (Obs. XXVII) et dès lors on a affaire à une pleurésie purulente ordinaire.

Ainsi la clinique nous montre l'épanchement opalescent comme une sorte d'intermédiaire entre le liquide citrin et le liquide purulent.

L'épanchement opalescent, comme le liquide citrin, ne donne pas lieu à des phénomènes généraux ; il ne se complique pas, comme l'épanchement purulent, d'em-

pyème pulsatile, de fistule pleuro-bronchique, de vomique. Il n'entraîne pas de cachexie notable. Comme l'épanchement citrin, il tend à guérir. Mais il guérit plus lentement, et après avoir donné lieu à des épanchement plus abondants et plus rapidement reproduits.

Le *traitement* découle de ces considérations. Puisque la maladie tend à guérir spontanément, le médecin n'a pour but que de traîter les accidents mécaniques d'asphyxie.

La dyspnée, l'oppression, le déplacement des organes commandent la thoracentèse. C'est faute de n'avoir pu remplir ces indications assez tôt que certains malades sont morts (Obs. XXVI).

Bien entendu, en dehors de ce traitement local, il faudra soutenir le malade par un régime tonique et et reconstituant.

Observation XV

(Sainton) (1).

Jeune homme de 17 ans, bijoutier, entré à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. G. Sée suppléé par M. Debove.

Malade depuis 2 ans 1/2. A ce moment on avait diagnostiqué une pleurésie du côté gauche qui ne fut jamais ponctionnée. Le malade se rétablit peu à peu, mais en somme incomplètement.

A l'examen, on constate l'existence d'une collection liquide de la plèvre gauche, datant de longtemps ; car depuis 2 ans le thorax n'avait pas changé de forme; il n'y avait eu ni point de côté, ni fièvre, ni état inflammatoire appréciable depuis cette époque.

Ponction : 1000 grammes de liquide. Et l'on s'arrêta sans avoir vidé la plèvre qui semblait contenir au moins 3 litres.

Liquide jaune, crémeux, sans odeur ; examiné aussitôt, on n'y trouva que des granulations graisseuses et des leucocytes granuleux.

Quelques semaines après, le malade est sorti considérablement amélioré. N'a pas été revu depuis.

(1) Sainton. — Th. Paris 1881.

Observation XVI

Sainton (1).

Homme de 40 ans entré au mois d'avril 1880 dans le service de M. Hutinel à l'Hôtel-Dieu.

Ponctionné trois ans auparavant par Moutard Martin pour une pleurésie purulente (?); puis par Hérard. Signe d'un vaste épanchement pleural droit.

Première ponction : 800 grammes de liquide crémeux, jaunâtre, inodore.

Deuxième ponction : 1500 grammes de pus (?) semblable à celui de la première thoracentèse. (Huit jours après la première).

Sort quelques jours plus tard très amélioré.

Liquide examiné par M. Talamon. L'examen microscopique ne montre dans le liquide que de fines granulations et pas de globules de pus ou de globules sanguins. Aucune apparence de micro-organisme.

Ensemencement négatif.

(1) Sainton. — Th. Paris 1881.

Observation XVII

(Gueneau de Mussy, *rapportée par* Sainton) (1).

(Résumée.)

Pleurésie chronique. — Général russe âgé de 50 ans. A la suite de fatigues pendant la campagne du Caucase, atteint de pleurésie gauche quinze ans avant de venir me consulter.

Pendant ces quinze ans, a souffert de dyspnée, allant de médecin en médecin, de climat en climat pour chercher un soulagement.

Au printemps de 1868, l'état est le suivant : dyspnée continue, œdème malléolaire, matité à peu près absolue et silence respiratoire dans tout le côté gauche ; déplacement très notable du cœur.

Première ponction 1.800 à 1.900 grammes d'un liquide puriforme jaune opaque, homogène, sans odeur. Le liquide examiné au microscope ne renfermait pas un seul leucocyte ; c'était une émulsion de matière grasse.

Deuxième ponction 15 jours plus tard : 1.700 gr. de liquide identique au premier et aussi inodore.

(1) Gueneau de Mussy. — *Clinique médicale*, 1874, t. I.

Troisième ponction 3 semaines après : même quantité de liquide.

L'amélioration fonctionnelle s'accentua davantage sans que les signes physiques fussent considérablement modifiés, excepté en ce qui concerne la voussure.

Le malade se trouva tellement soulagé qu'il voulut retourner en Russie : il y a vécu plusieurs années encore et y a succombé, croit-on à une affection aiguë.

Observation XVIII

(Gueneau de Mussy, *rapportée par* Sainton).

Jeune homme de 23 ans, serrurier. Maigre, frêle, d'aspect délicat. Trois ans auparavant, hémoptysie très abondante qui avait duré deux jours. Depuis cet accident, il n'avait pas cessé de tousser et il avait beaucoup maigri. En juin 1867, seconde hémoptysie accompagnée de douleur dans le côté gauche. Reste couché 4 mois et subit plusieurs applications de vesicatoires.

Au moment de son admission à l'Hôtel-Dieu en avril 1869, respiration fréquente, courte, anxieuse, un peu de cyanose. Énorme voussure du côté gauche du thorax, matité et absence de murmure vésiculaire de ce côté. Déplacement du cœur à droite.

(1) Gueneau de Mussy. — *Clinique médicale*, 1874, t. I.

Suivant toutes probabilités, l'origine de cet épanchement remontait au mois d'octobre 1867, c'est-à-dire à plus de 18 mois avant son entrée à l'hôpital.

Le 8 avril. — Thoracentèse. Deux litres et demi environ d'un liquide jaune verdâtre, opaque, fluide, sans mélange de flocons fibrineux, d'une odeur fade, très peu accentuée et qui n'avait aucun caractère aigu ou putride. Recueillie dans un verre, une partie de ce liquide se séparait en deux couches : la supérieure, plus fluide, offrait une coloration jaune verdâtre; la couche inférieure était constituée par un sédiment épais, de consistance sirupeuse et d'une couleur grisâtre opaque. Le liquide fut examiné par M. Labadie-Lagrave.

Dans la partie supérieure, on ne trouve dans le champ du microscope que quelques granulations graisseuses. Ces granulations s'agglomèrent en certains points et forment des corps de glüge qui présentent les dimensions des leucocytes, mais s'en distinguent par leur réaction différente en présence de l'acide acétique. Traitées en effet par cet acide, ces cellules granuleuses ne sont pas modifiées et ne contiennent pas un ou plusieurs noyaux, comme les globules de pus. Il est probable cependant que ces corpuscules d'aspect muriforme et granulés, ne sont que des leucocytes ayant subi la dégénérescence granulo-graisseuse.

Les autres granulations plus fines qu'on voit dans le microscope sont constituées par la fibrine également dégénérée en matière grasse. On trouve en outre dans le sédiment des cristaux de cholesterine avec leur forme caractéristique de lamelles.

Une heure après la thoracentèse, violente quinte de toux qui, à travers l'ouverture de la ponction fit encore sortir un demi litre de liquide.

Neuf jours après, seconde ponction : 1.600 grammes de liquide identique au premier.

Neuf jours après cette thoracentèse, on en fait une troisième : 1.500 grammes de liquide, ce qui porte à plus de 6 litres la quantité extraite en 18 jours. Le liquide évacué offrait toujours les mêmes caractères objectifs : peut-être cependant était-il un peu plus fluide et on pouvait penser qu'une sécrétion séreuse nouvelle était venue s'ajouter à l'épanchement et en délayer les principes constituants.

Au mois de juin 1870, le malade est revu. Les signes d'induration pulmonaire étaient plus accentués au sommet. L'épanchement se reformait. M. Gueneau de Mussy engagea alors le malade à se rendre à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. Fernel, pour y subir de nouvelles ponctions. Ce conseil ne fut pas suivi.

Observation XIX

(Communication orale de M. Zuber à propos du travail de M. Debove).

Epanchement pleurétique chez un phtisique arrivé à la dernière période de sa maladie. Ponctions quelques jours avant sa mort. Matières grasses sans pus, donnant à l'épanchement un aspect particulier.

Observation XX

(Poupy) (1).

Il s'agit d'un homme de 47 ans, employé dans une fabrique de caoutchouc. Quelques semaines avant son entrée à l'Hôtel-Dieu, le malade s'était vu contraint d'abandonner son travail; et, pendant tout ce temps, il a subi des privations de toutes sortes.

Son père est mort, dit-il, d'une fluxion de poitrine; mais cette maladie a duré près de deux mois. Sa mère est morte hémiplégique. Il a un frère qui est mort à l'âge de 21 ans : il ignore de quoi. Depuis longtemps, il a perdu de vue ses autres frères et ses sœurs.

Lui-même, étant enfant, était chétif. Il ne semble pas avoir cependant d'adénopathies, ni de suppurations. A l'âge de dix ans, il a eu le croup. Il a fait quatre ans de service militaire en Afrique, pendant lesquels il s'est bien porté.

Pas de syphilis. Quelques habitudes alcooliques.

Il y a trois ans, à la suite de grandes privations, il a commencé à ressentir de l'oppression, de l'essoufflement, il a eu un peu d'œdème péri-malléolaire, et enfin, une vive douleur dans le côté gauche. Il entra à l'hô-

(1) Poupy. — Th. Paris, 1898-99.

pital Laënnec dans le service de M. Oulmont. Là, on lui fit une ponction à gauche et on retira un verre de liquide clair.

(Le malade s'explique bien nettement à ce sujet).

Au bout de six mois, son état général s'est un peu amélioré.

L'oppression a commencé à disparaître. Mais la toux qui avait apparu dès son entrée à Laënnec a duré encore longtemps.

Pas d'hémoptysies.

Il est resté en tout vingt-deux mois à Laënnec, considéré pendant toute cette période comme tuberculeux.

Il sort de Laënnec le 7 août 1897 assez amélioré. A partir de cette époque, jusqu'au mois de janvier 1898, il a travaillé tant bien que mal dans une fabrique de caoutchouc vulcanisé. A cette époque, il a commencé à ressentir de nouveau de l'essoufflement, de l'oppression, de la douleur dans le côté gauche.

Il entre alors à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. Gingeot.

On constata une matité très étendue du côté gauche. Silence respiratoire remontant jusqu'à la pointe de l'omoplate. Matité dans l'espace de Traube. La pointe du cœur battait à 3 centimètres environ en dedans du mamelon gauche.

Un peu de fièvre 38 à 39° le soir.

Thoracentèse le 11 février 1898, on retire deux litres de liquide blanchâtre au microscope, on constate dans le liquide l'existence de *nombreuses granulations réfringentes d'un grand nombre de cristaux de cholestérine.* Par un seul leucocyte.

Quelques globules rouges déformés.

Le malade est un homme de taille moyenne, encore assez bien musclé. Les pommettes sont le siège d'une très légère cyanose. Il se plaint d'un peu d'oppression et de palpitations de cœur. La ponction précédente a apporté un notable soulagement, mais depuis 8 jours environ, il se sent un peu moins bien.

Expectoration peu abondante, un peu puriforme.

A l'examen du thorax, on constate *en arrière :*

Du côté gauche, à la base, matité absolue remontant jusque dans la fosse sous-épineuse. A ce niveau, obscurité respiratoire très nette; le murmure vésiculaire est très lointain, s'entend à peine. Pas de souffle. Un peu d'égophonie. Pas de pectoriloque aphone. *Au sommet,* submatité, inspiration rude; quelques râles secs dans l'inspiration qui suit la toux.

Du côté droit, au sommet, submatité, respiration rude, soufflante, à timbre presque caverneux bien qu'il n'existe aucune excavation. Expiration prolongée.

Quelques râles ronflants et sibilants.

Depuis une vingtaine de jours, température vespérale de 38 à 39. Rémission matinale.

Quelques sueurs nocturnes. Un peu d'anorexie.

Deuxième thoracentèse le 7 mars 1898. 1.800 grammes d'un liquide laiteux tirant un peu sur le jaune verdâtre, se séparant par le repos en deux couches; l'inférieure claire légèrement citrine, la supérieure blanche. A l'examen microscopique, nombreuses granulations graisseuses; pas un globule de pus, nombreuses tablettes de cholestérine. Quelques globules rouges crénelés.

Troisième thoracentèse le 24 mars. 1.200 grammes de liquide *transparent*, coagulé au bout de quelques heures.

Au microscope, granulations graisseuses beaucoup moins nombreuses.

Depuis le mois d'avril, le malade a été ponctionné 8 fois.

A chaque ponction, on retire 1000 à 1200 grammes de liquide sero-fibrineux.

Depuis cette époque, il n'y a plus de fièvre. L'abcès froid du thorax a disparu. Le malade mange et a engraissé. Il ne se plaint que d'un peu de gêne de la respiration tous les 20 jours environ. A ce moment, il perd l'appétit.

On le ponctionne et tout rentre dans l'ordre.

Les signes d'induration du sommet ne se sont pas modifiés.

Observation XXI

(White) (1).

(Résumée d'après Shaw).

Ascite chyleuses. — Epanchement pleural et péricardique chez une femme de 21 ans soignée à plusieurs reprises pour ganglions tuberculeux du cou.

(1) White. — *Edimb. méd. journ.* 1897.

Paracentèses du thorax et de l'abdomen répétés.

Quantité totale du liquide retiré : 83 onces de la plèvre gauche en deux ponctions ; 511 onces de la plèvre droite en 6 ponctions ; 153 onces de l'abdomen en une ponction.

Nature du liquide. — Liquide pâle et vert, inodore, les premières ponctions donnaient un liquide moins lactescent que les dernières. Le liquide devenait plus opalescent quand on le conservait ; l'éther le clarifiait un peu, une couche « comme de crème » se formait à sa surface après quelques jours.

Analyse du liquide :

	Ascite	Cavité pleurale gauche	Péricarde
	—	—	—
Densité	1020.25	1018	1018
Solides	4.81	4.40	4.24
Proleids	3.230	3.176	3.040
Sérum albumine	1759	2024	1969
Sérum globuline	1211	1031	0,966
Albumos et peptone	0,269	0,121	0,105
Graisse	0,455	0,382	0,396
Sels	0,456	0,398	0,355
Eau	95,19	95,6	95,75
Matières extractives	0,286	0,614	0,045

Observation XXII

Kingston Fower (1).

(Résumée d'après Shaw).

Chylothorax, chez une femme de 31 ans.

Température normale ou au-dessous de la normale. Une seule fois 100° Fahrenheit.

Thoracentèse. pratiquée 5 fois.

Quantité totale du liquide retiré : 264 onces.

Durée de la maladie : 8 mois 1/2.

Nature du liquide. — Le liquide contient beaucoup de graisse : il renferme aussi de la globuline, des albumines et des sels inorganiques.

L'analyse chimique donne :

Solides	8.33
Proleids	5.26
Graisse	2.12
Sucre	0.20
Sels	0.68
Eau	91.66
Erreur d'analyse	0.076

(1) Kingston Fowea. — *The diseass of the limps.* London, 1898.

Au microscope de petites granulations refringentes sont vues ainsi qu'un petit nombre de leucocytes.

A l'autopsie. Tubercules nucléaires au sommet de chaque poumon. On ne trouve aucune rupture des parois du canal thoracique. Il n'y avait probablement pas de liquide dans l'abdomen.

Observation XXIII.

(Observation III de la thèse de Jousset, *due à M.* Soupault (1).

Tuberculisation multiple des séreuses et des ganglions (pseudo-lymphomes). épanchements opalescents.

B... (Victoire), 38 ans, entrée le 16 mai 1900.

Fièvre thyphoïde à 11 ans, guérison sans complications.

Etant enfant, jusqu'à l'âge de 14 ans, est sujette aux aux adenopathies multiples, et est traitée par l'huile de foie de morue.

Règlée pour la première fois à 14 ans, la menstruation s'établit facilement; depuis lors, les règles sont

(1) Jousset. — Th. Paris, 1901.

normales jusqu'en mars 1900, époque où la menstruation est totalement supprimée.

De 23 à 28 ans, elle a eu 3 enfants : le premier meurt à l'âge de 3 mois d'une méningite; le deuxième à 2 mois d'une phtisie mésentérique. Le troisième, à 8 ans et demi, succombe à une affection dont le malade ne peut déterminer la nature.

Depuis son enfance, elle est sujette à des bronchites tous les hivers. Elle a été obligée, à cette période, de s'aliter pendant plusieurs jours.

Début de la maladie actuelle (mai 1900). Au mois de mars, les troubles s'accusent; elle perd l'appétit, puis la toux s'accentue revenant par quintes assez fréquentes et assez intenses pour amener, avec de la cyanose, une dyspnée et une angoisse extrêmes.

L'expectoration était peu abondante et gommeuse. A cette même époque, le ventre augmente de volume, il devient sensible et très tendu ; et comme les dernières règles dataient de février, la malade au mois d'avril, crut que le développement de son ventre relevait d'une grossesse.

Au mois de mai, un médecin consulté constate l'existance d'une pleurésie gauche et conseille à la malade d'entrer à l'hôpital.

16 mai 1900. — La malade entre à l'hôpital, salle Axenfeld. On constate l'existence d'une pleurésie gauche avec épanchement.

La plèvre droite est peu touchée; en outre, on constate des signes douloureux du côté de péritoine, et aussi un léger épanchement. La malade présente d'autre part des adénopathies inguinales axillaires, sous clavicu-

laires et maxillaires qui auraient commencé au mois de mars dernier.

Juin. — La malade continue à présenter des troubles dyspnéiques et des accès de toux ; mais ceux-ci reviennent à de plus rares intervalles que précédemment ; il y a de la fatigue, un grand amaigrissement, des sueurs nocturnes ; et, au milieu de tout cela, une température oscillant entre 38° et 39° à type des plus irréguliers.

Cependant l'épanchement de la plèvre gauche augmente de plus en plus, si bien qu'on se décide à une ponction qui est pratiquée le 20 juin : on retire 2 litres d'un liquide louche.

Jusqu'au 18 août, il ne survient aucun accident, la malade se comportant comme une tuberculeuse en apparence peu atteinte. La toux est moins fréquente qu'au début, la température toujours peu élevée ; mais l'épanchement de la plèvre gauche, augmentant lentement, on pratique une ponction et on retire 800 à 900 grammes d'un liquide louche identique au premier. C'est lui qui fait surtout l'objet de l'analyse relative plus loin.

Pendant tout le temps que la malade a séjourné à l'hôpital, elle est passée par des alternatives d'amélioration ou d'aggravation, plus ou moins oppressée, toussant plus ou moins ; plusieurs fois, elle a présenté de l'œdème, surtout sensible au niveau de la face. Disons tout de suite que, malgré la bouffisure générale, il n'y a jamais eu d'albumine. Elle s'alimente légèrement à midi ; le soir elle ne prend qu'un potage.

Il n'y a pas de diarrhée ; parfois il y a de la constipation.

Les symptômes abdominaux ne sont pas modifiés.

Les adénopathies ont légèrement diminué de volume. Le cœur, le poumon, ne présentent rien de particulier.

5 septembre 1900. — Les épanchements des séreuses paraissent se réformer dans les deux plèvres, mais toujours avec prédominance à gauche; puis, c'est le tour de l'abdomen qui se tuméfie rapidement; la région ombilicale est très saillante, la peau est sèche, chaude à ce niveau. Une circulation veineuse se montre petit à petit et se développe à la partie inférieure gauche de la paroi abdominale. Partout le ventre est sensible, la percussion décèle de la sonorité dans toute la région supérieure du ventre ; dans les parties déclives le son se voile un peu. Le phénomène de flot est perceptible. Le foie paraît augmenté de volume; son bord inférieur dépasse fortement les fausses côtes et est perçu par la palpation. Rate sensible à la percussion mais ne dépassant point les fausses côtes.

Tout le système ganglionnaire semble en même temps être le siège d'une poussée douloureuse. Les masses ganglionnaires s'accroissent simultanément de tous côtés. Dans l'abdomen, on croit sentir une masse au niveau des ganglions mésentriques. Certaines de ces adénopathies acquièrent un volume important. (Dans l'aine droite, par exemple, ces ganglions atteignent le volume d'un petit œuf.

Le 7 septembre, on pratique une troisième ponction de la plèvre gauche (1 litre et demi du liquide); il est opaque et plus blanc que le liquide précédent, ce dont on peut s'assurer aisément, un échantillon de ce liquide ayant été conservé aseptiquement et bouché depuis le 18 août. Le 19 septembre, on ponctionne la plèvre

droite, on retire un litre de liquide louche analogue à tous les liquides précédents.

21 septembre. — Examen du sang : hématies; 3 millions. Leucocytes 6.500 (lymphes, 10 pour 100; autres formes, 90 pour 100).

Le caillot est rouge, très clair et diffluent. *Serum opalescent.*

La malade se cachectise de plus en plus et meurt le 23 septembre.

L'autopsie confirme le diagnostic. Il y a outre une granulie péritonéale, une tuberculisation ancienne des sommets des poumons, des ganglions énormes partout; y compris dans l'abdomen; au niveau du mésentère quelques-uns sont presque caséeux. Le liquide abdominal est aussi laiteux; même plus laiteux que celui des plèvres. *Enfin je n'ai pu, malgré le soin apporté à cette dissection, trouver la moindre lésion du canal thoracique ou des chylifères.*

Examen des liquides.

a) *Liquide des deux premières ponctions de la plèvre gauche.* — Le liquide est trouble, opalescent et jaunâtre, alcalin, il se fait à la longue une ébauche de coagulation. Ce coagulum de fibrine lavé à l'eau, l'alcool et l'éther pèse pour un litre de liquide 0 gr. 01. Le liquide, après cette coagulation, s'est légèrement éclairci, mais reste toujours trouble. Par le repos, il se divise en trois couches : la couche superficielle et l'inférieure sont si minces qu'elles méritent à peine ce

nom. La couche inférieure est constituée par des hématies et des leucocytes qui se colorent facilement. La moitié d'entre eux est faite d'éléments granuleux. Tous ces éléments ont échappé à l'englobement par le caillot fibrineux. Ils étaient d'ailleurs peu nombreux, car la numération faite immédiatement après la ponction montra : hématies 300, leucocytes 250 par millimètre cube.

La couche, ou plutôt la pellicule supérieure, est tout à fait blanche, non cohérente, composée d'éléments incolorables de 1 à 2. La filtration de notre liquide pleural défibriné, faite sur une bougie d'alumine à pores fins ne modifie presque pas ses caractères objectifs. En effet, seuls, les leucocytes sont éliminés par cette filtration; mais beaucoup des éléments auxquels le liquide doit la plus grande partie de son opalescence ont traversé la bougie. On les retrouve encore à la surface du liquide filtré après un repos de 8 jours.

Chimiquement. — Outre 0 gr. 01 de fibrine, le liquide contient 1.37 de nucléo-albumine et 2 grammes de matières grasses. La précipitation de ces corps entraîne en même temps les éléments qui avaient échappé au filtre; car le liquide, séparé des flocons de nucléo-albumine, est tout à fait transparent. Dans un second essai, la clarification était moins complète : le filtrat paraissait un peu louche; l'éther achevait de faire disparaître ce louche. Par contre le liquide primitif, séparé de sa fibrine et traité par l'éther, ne s'éclaircit pas. Le liquide d'Adam seul l'éclaircit presque complètement et le reste du trouble achève de disparaître par l'acide acétique.

b) *Liquide pleural de la 3e ponction.* — Les caractères chimiques sont presque les mêmes que ci-dessus ; la nucléo-albumine atteint 2 grammes par litre, la fibrine est indosable. L'extrait éthéré : 2 gr. 50 par litre. Hématies, 530. Leucocytes, 180. (Lymphocytes, 50 pour 100. Mononucléaires et polynucléaires, ensemble 50 pour 100). La clarification par le liquide d'Adam est moins complète que pour le liquide de la 2e ponction.

c) *Liquide ascitique.* — Caractères chimiques analogues. Extrait éthéré 2 gr. 50. Malheureusement, vu son état de putréfaction avancé, les autres dosages n'ont pu y être effectués.

Observation XXIV

(Barjon *et* Cade) (1).

Il s'agit d'un homme de 31 ans. Rien à signaler dans les antécédents. Il y a deux ans, il fut victime d'un accident : contusions multiples du thorax et peut-être fracture de côte. Deux mois après, hémoptysie, pus, dyspnée et palpitations sans cesse croissantes, amaigrissement rapide, sueurs nocturnes.

(1) Barjon et Cade. — *Bull. méd.* 1901.

Le malade entre à l'hôpital le 7 décembre 1901 dans le service de M. le Professeur Bondet. Orthopnée, cyanose, œdème des membres inférieurs. Signes d'épanchement à droite et d'infiltration tuberculeuse à gauche. Pas de fièvre. Le cœur est dévié, la dyspnée très intense. Une ponction amène 1.200 cm ^{3} d'un liquide lactescent.

Le lendemain, on note un souffle systolique à l'appendice xyphoïde; dyspnée moindre, mais légère angine amenant une élévation de la température. Persistance des signes d'épanchement.

19 décembre. — 2^e ponction; 2 litres de liquide lactescent.

4 janvier. — 3^e ponction; 500 grammes de liquide même aspect.

15 février. — 4^e ponction; 1.200 cm ^{3}. Le liquide est toujours lactescent.

Le 1er mars le malade sort. Il est de nouveau examiné le 3 juin : peu de liquide; tendance à la symphyse des feuillets pleuraux.

Cette pleurésie avait donc évolué dans un cas de tuberculose avec traumatisme comme cause occasionnelle. L'infection bacillaire était ici très atténuée.

Analyse chimique du liquide :

Couleur	blanc jaunâtre.
Aspect	gluant, épais.
Odeur	nauséeuse.
Densité	1.026 à 90

Réaction	acide.
Acide butyrique	présence.
Acide lactique	traces.
Albumines totales	24 gr. par litre.
Fibrinogène non spontanément coagulable	0 g. 20.
Sérine	20 gr.
Peptones	présence.
Graisse cholestérine	38 gr. par litre
Urée	2 gr. 558.
Chlorures	0 gr. 150.
Phosphates	0 gr. 55.
Glucose	néant.

Le repos, la chaleur, la filtration et la centrifugation ne détruisent pas l'émulsion. Cette dernière laisse déposer des cristaux de cholestérine.

L'éther fait apparaître quelques gouttelettes de graisse Toutefois la clarification est à peine visible.

Examen microscopique : cristaux de cholestérine. Quelques lymphocytes et globules rouges. Éléments cellulaires en vue de régression. Ganulations libres se colorant, les unes par le bleu de méthylène, les autres noir.

Pas de micro-organismes. Sero-réaction tuberculeuse positive. Quatre inoculations ont été faites au cobaye avec ce liquide. La quatrième seulement a donné au bout de 2 mois un ganglion inguinal après injection de 10 cm^3 pratiquée à la cuisse. Pas d'autres lésions.

Observation XXV

(P. Londe) (1).

(Résumée).

M. D... 40 ans. Point de coté à gauche le 24 décembre 1900.

Pneumonie gauche diagnostiquée le 31 décembre. Le 5 janvier 1901, apparition d'une pleurésie gauche, qui bientôt (28 janvier) donne lieu à un épanchement abondant (2 litres).

1re ponction le 3 février 1901 : 1 litre de liquide citrin.

Amélioration pendant 15 jours; puis l'épanchement se reproduit.

2e ponction : 1 litre de liquide louche.

3e ponction : 1 mois et demi plus tard. Liquide purulent.

D''avril à juillet, deux ponctions. donnant issue chacune à 1 litre de pus. Puis deux autres ponctions précédées et suivies d'injection de naphtol camphré et de sublimé.

Après une nouvelle évacuation de 1 litre de pus quel-

(1) P. Londe. — *Arch. gén. de méd.* 1904, tome II, p. 2125, 2128.

que temps après, il semble que l'épanchement avait tendance à diminuer. Bon état général.

Le 20 mars 1903, ponction exploratrice. « Je retirai séance tenante 1 centimètre cube d'un liquide jaunâtre et laiteux peu épais, ressemblant à du jaune d'œuf délayé dans du bouillon. On y voyait au microscope des granulations, des cristaux d'acides gras, des cristaux de cholesterine et de très rares globules blancs. L'ether ne le clarifia pas complétement.

Le diagnostic de pleurésie chyliforme était évident. Or ce malade avait été traité quelques années auparavant pour une lésion du sommet, et en 1898 s'établit une fistule à l'anus. Il s'agit donc bien d'une pleurésie tuberculeuse à épanchement chyliforme.

Observation XXI

(Debove) (1).

Homme de 63 ans, malade depuis 3 mois à la suite d'un refroidissemment. Depuis cette époque, oppression, toux, palpitations.

Le malade est vu pour la première fois le 18 avril. Etat général mauvais : extrémités froides, asphyxie.

Signes d'une pleurésie avec épanchement considérable à gauche.

(1) Debove. — *Soc. méd. Hop.* 1901.

Le 19 avril. — Thoracentèse : à peine a-ton extrait trois quarts de litre d'un liquide jaunâtre ressemblant à une émulsion que le malade se plaint d'oppression, pâlit et au bout de quelques instants est pris d'une syncope mortelle.

Liquide. — Jaunâtre opaque, ressemblant exactement à une émulsion, contient en outre des paillettes micacées. Odeur nulle, réaction alcaline, densité 1025. Au microscope, nombreuses granulations graisseuses d'une grande finesse et quelques gouttelettes graisseuses plus volumineuses, les unes et les autres entièrement solubles dans l'ether. Grande quantité de cristaux de cholestérine. Pas de globules sanguins, mais un très petit nombre de globules blancs.

Par le repos il ne s'est pas formé de couche crémeuse à la surface du liquide, et il n'y eut pas de coagulation indiquant la présence de fibrine.

Antopsie. — Aucune lésion du cerveau, du foie, des reins, de la rate, du cœur, ni du poumon, sauf que le cœur était placé et refoulé vers la ligne médiane, le poumon gauche refoulé vers la partie supérieure du thorax et aplati contre la colonne vertébrale.

L'épanchement de 2 litres était contenu dans une poche qui, dans toute son étendue, se confondait avec la plèvre. Cette paroi avait une épaisseur de plusieurs millimètres et était formée de plusieurs couches superposées. Aspect jaunâtre rappelant celui d'une aorte légèrement athéromateuse.

Les coupes ont montré que cette paroi était formée

de couches fibreuses et stratifiées qui contiennent dans leur intervalle de fines granulations graisseuses semblables à celles de l'épanchement. En certains points elles étaient beaucoup plus abondantes et formaient à la surface de véritables taches.

Pas de fausses membranes dans la cavité pleurale, pas de flocons fibrineux en suspension dans le liquide. La paroi absolument lisse ne présentait aucune trace d'ulcération et en raison de son épaisseur, elle a pu être enlevée dans son étendue, examinée avec soin, et nous avons spécialement noté l'absence de toute lésion pouvant faire croire qu'il y eut un orifice de communication entre la plèvre et le canal thoracique. Le médiastin était absolument normal.

Observation XXVII

(Bacelli) (1).

Femme contracte une pleurésie 4 jours après être accouchée et après plusieurs mois, entre dans le service du professeur Bacelli.

Epanchement occupant tout le côté droit.

(1) Bacelli. — *In archivio di médicina.* Roma 1875. Rapportée par Guéneau de Mussy *in Union Médicale 1875*, et par Sainton in Thèse.

Thoracentèse. Liquide jaunâtre, opaque, visqueux, acide, ayant l'apparence du pus. Cependant ce liquide examiné au microscope ne renfermait pas de cellules purulentes, mais des myriades d'éléments granulo-graisseux; traité par l'éther, il devenait transparent, citrin, et ne présentait au microscope aucun élément figuré. Pour M. Bacelli, ce n'était pas du pus, mais une simple et complète métamorphose graisseuse des exsudats.

Après amélioration passagère, accès de fièvre vespéraux, et le liquide se reproduit.

2e ponction : cette fois le liquide épais filtrant renfermait outre des éléments granulo-graisseux, un grand nombre de cellules purulentes. On imputa à l'inflammation provoquée par le traumatisme ce changement de nature de l'épanchement.

Observation XXVIII.

(Marcellin) (2).

(Communiquée par M. le Dr Laplane à M. le Professeur Boinet).

X... institutrice, robuste, bien constituée nullement

(1) Marcellin. — Th. 1902.

maladive, âgée de 60 ans, traitée depuis une quinzaine de jours pour un épanchement pleurétique droit.

La dyspnée devenant extrême, le docteur Laplane fut appelé pour appliquer la thoracentèse.

La ponction donna issue à trois litres de liquide lactescent.

La malade succomba au bout de quelques heures d'asthénie cardiaque.

Analyse du liquide.

Densité 1016.

Réaction après filtration franchement alcaline.

Aspect.....	trouble
Consistance.....	filant
Couleur.....	jaune clair
Sérine.....	26 gr. 30
Paralbumine.....	4 gr. 10
Chlorures.....	4 gr. 25
Phosphates.....	0 gr. 80
Cholestérine.....	0 gr.
Urée et acide urique,...	0 gr.

Les matières grasses n'ont pas été dosées; mais elles étaient en faible quantité.

Le dépot examiné microscopiquement contenait de nombreux leucocytes et des cellules épithéliales.

Observation XXIX

(Jousset) (1).

Mme M... Augustine âgée de 19 ans entre le 9 juillet 1900 à l'Hôpital Beaujon. Deux jours auparavant elle a été prise à 4 heures de l'après-midi brusquement d'un point de côté dans le mamelon droit avec dyspnée intense et douloureuse; une petite toux quinteuse, une expectoration rose et collante, une température de 40° constatées à son arrivée achèvent de caractériser une pneumonie franche et classique. Cependant l'auscultation révèle à la base droite en dessous d'un foyer d'engouement pulmonaire une zone haute de 8 centimètres absolument mate, dépourvue de vibration, où siège un souffle pleural doux. Il y a donc probablement pleuro-pneumonie. Je m'en assure par une ponction exploratrice. La seringue aspire un liquide rosé mais transparent dont la coagulation se fait si vite que je n'ai pas le temps de faire le dénombrement exact des leucocytes, que le microscope montre très abondants (1 leucocyte pour 3 éléments rouges). Les jours suivants (9, 10, 11 juillet) la température fléchit un peu et s'abaissa le matin du 12 à 38°. Cependant le 13 juillet, la dyspnée a augmenté.

(1) Jousset. — Th. Paris 1901.

C'est de l'orthopnée. En temps, l'épanchement progresse et la température atteint 40° 6. Je pratique la thoracentèse et retire 1 litre de pus épais, jaune, verdâtre le pus typique du pneumocoque. D'ailleurs le pneumocoque y fourmille au milieu d'éléments cellulaires qui se colorent assez bien et sur lesquels je ne fis aucune remarque, mon attention n'étant pas attirée de ce côté. Le pus était inodore. Bientôt dans la plèvre gauche, se montrent aussi des signes d'un épanchement peu abondant. C'est néanmoins aussi du pus qui est retiré par la seringue de Pravaz de ce côté du thorax.

16 juillet. — Deuxième ponction de la plèvre droite; 700 cm³ de liquide purulent identique à celui de la première ponction. A gauche, on ne retrouve plus rien, ni par l'auscultation ni par la ponction.

17 juillet. — Ponction nouvelle de la plèvre droite ; 500 cm³ sont extraits d'un liquide bien plus mobile, très fluide même, à la fois vert olive et opalin, inodore. Je ne songeais plus à ce liquide déposé dans un recoin du laboratoire, lorsque 4 ou 5 jours après, je le retrouvais tout différent de son aspect primitif. Au fond du vase, des grumeaux blancs formaient des sédiments épais de 1 cent. 1/2 ; le liquide constituant les 9/10 de l'ensemble mesurait 12 à 15 cent. de hauteur. Le milieu était toujours vert, opalin, mais plus foncé, plus sombre. A la surface, une mince pellicule blanche flottait, sorte de crême non cohérente constituée par des éléments multiformes extrêmement abondants (impossible à colorer par le bleu de méthylène se limitant à peine en jaune clair sous l'action de l'acide osmique) extrême-

ment petits (diamètre de 1 à 2). On retrouvait aussi quelques éléments analogues dans le sédiment inférieur mais bien moins nombreux et mélangés à des leucocytes nombreux et peu colorables, à des flocons de toute taille et de toute forme dont les uns se coloraient, les autres résistaient à la teinture par les couleurs basiques d'aniline en solution aqueuse. Numération leucocytaire difficile, parce que beaucoup d'entre eux en sont méconnaissables, parfois fusionnés et semi-dissous. Le nombre de ceux dont le noyau prend encore le bleu est de 800 seulement par millimètre cube. Le pus n'est plus virulent et tue difficilement la souris. Je complétai alors l'analyse de ce liquide.

Réaction franchement alcaline. — D. 1018. Pas de coagulation.

Liquide traité par l'éther; il ne se clarifie pas. Par contre, il y a prise en masse du mélange sous forme d'une gelée visqueuse, absolument comme cela se passe avec les serums lactescents.

Traité par le liquide d'Adam, il se clarifie, mais incomplètement. L'extrait éthéré dosé par ce procédé = 1 gr. 50 par litre.

Ainsi clarifié et séparé de ses corps gras, le sérum additionné d'acide acétique, précipite légèrement, mais avec un excès d'acide, il s'éclaircit cette fois complètement et définitivement. Hcl produit le même résultat mais avec des doses moindres. — Les albumines n'ont pas été dosées, mais il y a 1 gr. 50 de nucléo-albumine et pas mal de sérum, précipités avec ces nucléo-albu-

mine par l'acide acétique, qu'on peut ensuite isoler par l'alcool.

Dépôt. — Se lie mal avec l'ammoniaque, comme cela a lieu avec un pus ancien et peu consistant.

Observation XXX

(Ringer *rapporté par* Shaw) (1).

Ascite chyleuse et hydrothorax chez un homme de 46 ans.

Cause. — Lymphadenome.

Température 101°6 Fahrenheit.

Urine. — Densité : 1018-34. Acide, traces d'albumine, cylindres hyalins.

Paracentèse de l'abdomen et du thorax.

Quantité du liquide retiré : de l'abdomen 3500 cm³; de la plèvre droite 7170 cm³ en 4 ponctions; de la plèvre gauche 900 cm³. Total : 11.571 cm³ en 30 jours.

Durée de la maladie : 12 mois depuis le début du gonflement des glandes.

(1) Schaw. — *Journal of path. And. Bakter.* 1900.

Nature du liquide. — Liquide lactescent. Densité de 1006 à 1015. Alcalin d'abord, puis neutre ; pas de dépôt, ou couche de crème au bout d'un certain temps, sans odeur, gélatineux après agitation avec l'éther, qui ne le clarifie pas. Légère réduction par la liqueur de Fetling.

Analyse chimique :

Solides	4
Proleids	2 20
Graisse	0 52
Cendres	0 70
Eau	96

Au microscope. Nombreux granules refringents animés de mouvements ; un petit nombre de globules graisseux ; quelques corpuscules rouges.

Observation XXXI

(Jousset) (1).

Mme L., 21 ans, femme de chambre, entre à Beaujon le 12 mars 1900.

A. H. Rien à signaler.

A. P. — Aucune maladie antérieure. Réglée à 16 ans

(1) Jousset. — Th. Paris 1901,

assez irrégulièrement. Depuis janvier dernier n'a pas eu ses règles. Il ne paraît cependant pas y avoir de grossesse débutante. Un mois 1/2 avant son entrée (vers la fin de janvier), s'étant blessée à la main gauche elle voit son avant bras et sa main enfler, devenir rouges et douloureux. Elle entre à Beaujon dans un service de chirurgie où on parle de possibilité de phlegmon de la main et de l'avant-bras. Néanmoins on n'incise pas et tout rentre dans l'ordre après l'application d'un pansement humide. Elle ne sait pas si ses ganglions axillaires ont été pris à ce moment. Toutefois ils n'étaient pas douloureux.

Dans les premiers jours de mars, c'est-à-dire cinq ou six jours avant d'entrer dans le service, la malade se sent un peu fatiguée et oppressée en montant un escalier, et s'en plaint à un médecin qui découvre un gros épanchement pleural à gauche. A aucun moment, elle n'avait toussé; son appétit était bon; sa température presque normale. En somme, à part une petite gêne dans la région épigastrique et d'oppression pendant les efforts, *début* tout à fait *insidieux*.

Examen le 12 mars. — Cependant il y a du côté gauche les signes au complet d'un gros épanchement.

A l'inspection, voussure très manifeste de la région mammaire et du côté gauche du thorax en avant comme en arrière. Le demi périmètre thoracique gauche pris au-dessous du sein = 44 centimètres. Le demi périmètre droit = 42 centimètres.

Le tégument de la région mammaire gauche est rouge sillonné d'un beau réseau veineux et infiltré légèrement

d'un œdème assez résistant, assez élastique, où le doigt laisse peu d'empreinte.

La pression des espaces à ce niveau n'est d'ailleurs nullement douloureuse. On constate l'existence d'un gros ganglion axillaire, tout près du bord du grand pectoral. Le sein gauche parait plus gros, plus saillant. Il est relativement dur et immobile sur la paroi. Du côté droit du thorax on ne remarque rien.

Au palper l'on constate une notable diminution des vibrations en avant comme en arrière, et cela dans toute la hauteur du poumon gauche. La percussion y accuse une matité complète ; l'espace de Traube est mat ; la région sous-claviculaire elle-même est envahie et mate. La matité du cœur se confond avec celle du poumon.

Auscultation. — Abolition du murmure vésiculaire sur toute la hauteur du poumon gauche en arrière et en avant.

Existence d'un souffle très net ni voilé, ni lointain, sans caractère précis (*pleural ou pulmonaire*) s'entendant surtout à la région moyenne et particulièrement au niveau du hile du poumon gauche. Ce souffle fait défaut dans les fosses sus-épineuse et sus-claviculaire qui, cependant sont mates.

Il y a de la pectoriloquie aphone et de l'égophonie dans les régions ou s'entend le souffle.

Le poumon droit paraît indemme. Il faut cependant signaler un léger souffle et de la bronchophonie dans la région du hile de ce côté.

Cœur. — Les battements et les bruits de la

pointe (?) se perçoivent au niveau de l'appendice xiphoïde au maximum.

Reins. — Pas d'albumine.

L'état général paraît satisfaisant ; l'appétit est conservé ; la température oscille autour de 38° ; il n'y a pas de dyspnée.

Ponction, 1 litre le 14 mars. — Liquide louche, très particulier.

Après la ponction, la sonorité ne réapparaît pas ; tout le côté gauche reste submat. On entend quelques râles crépitants à la partie moyenne en arrière. La région sous-claviculaire redevient pourtant légèrement sonore (pas de schesme de Grancher), puis quelques jours après de nouveau mat ; et l'on se base sur ce signe pour faire les autres ponctions consécutives qui ont lieu aux dates suivantes :

16 mars, 1 litre ;

20 mars, 1 litre ;

27 mars. — La malade se plaint de point de côté gauche. Elle est très dyspnéique et assez cyanosée. On la ponctionne et on retire 1 litre.

Le liquide a toujours les mêmes caractères.

Du 16 au 31. — La température reste toujours oscillante entre 37° et 38° et ne dépasse pas cette dernière température.

1er avril. — Apparition d'une phlébite de la jambe gauche. L'œdème et la douleur débutent par le mollet.

Température vespérale 39° et matinale 38°, pendant une dizaine de jours environ.

8 avril. — Ponction, 1/2 litre; injection de 50 grammes de liqueur de Van Swieten.

10 avril. — Ponction, 200 grammes, et nouvelle injection de 50 grammes de Van Swieten.

13 avril. — Une nouvelle ponction ne donne que 40 grammes de liquide; on ne réinjecte plus de sublimé, la malade présentant un peu de stomatite mercurielle.

La température est retombée à la normale.

18 avril. — La jambe gauche étant toujours prise et l'œdème s'étant étendu jusqu'à la racine de la cuisse, le membre droit se prend à son tour.

Une température de 38° 7 accompagne cette nouvelle phlébite. Le lendemain l'œdème remonte sur le tronc jusqu'à l'ombilic.

La malade est très déprimée.

Puis à partir du 24 ou 25 avril, tout rentre peu à peu dans l'ordre; l'œdème disparaît. Cependant les signes pulmonaires ne s'étaient guère modifiés. Deux groupes ganglionnaires nouveaux étaient apparus. Un dans l'aisselle à côté du gros ganglion primitivement tuméfié, et l'autre dans le creux sus-claviculaire du même côté.

7 mai. — Signes d'auscultation et de percussion identiques à ceux observés le 14 mars après la ponction.

Submatité dans toute la hauteur du poumon.

Vibrations très diminuées, mais non abolies.

Une ponction exploratrice faite sur la ligne axillaire fournit un liquide brun chocolat, déposant par le repos

et formé vraisemblablement d'hémoglobine transformée (Hématies nombreuses dans le dépôt). Un essai de ponction évacuatrice ne fournit que 50 grammes de liquide.

Il faut enfoncer profondément le trocart pour obtenir du liquide.

Le réseau veineux primitivement limité au côté gauche du thorax prédomine maintenant à la région abdominale et du côté droit.

Au palper, on sent dans le flanc gauche une masse assez dure, mobile, mate, indolente à la pression, qui paraît se rattacher à la rate.

La nature de l'affection n'a pu malheureusement être précisée. Nous croyons probable qu'il s'agit d'un *néoplasme pleuro-pulmonaire*. L'apyrexie du début, les thromboses multiples plaident en ce sens : d'autre part, l'évolution de l'affection, le résultat négatif de trois inoculations faites au cobaye permettent d'éliminer la tuberculose pleurale. L'inoculation à la souris a été également négative. Nous avons appris depuis que la malade était morte au mois de novembre dernier au cours de nouvelles phlébites.

Analyse des liquides. — 1re ponction, 14 mars. — Le liquide retiré de la plèvre est trouble, blanc, jaunâtre et tout d'abord on croit avoir affaire à du pus. Aussi, pratiquons-nous des ensemencements et des inoculations avec ce pseudo-pus. Ces essais restent négatifs. D'ailleurs le liquide présente une certaine fluidité. Le lendemain de son extraction, il s'est coagulé légèrement à sa surface englobant dans ce coagulum une fine matière blanche pulvérulente composée de granulations et rien que de granulations.

Ces granulations sont solubles dans le liquide d'Adam et aussi un peu dans l'éther, qui réussit à éclaircir presque complètement le liquide (Ext. éthéré, 1 gr. 60 par litre).

La couche moyenne du liquide est devenue transparente et jaune franc. Le fond ne contient que des hématies, et, de loin en loin, des cellules endothéliales isolées ou groupées par placards. Il n'y a pas *un seul leucocyte.*

Le liquide présente en outre une particularité. C'est la lenteur de sa coagulation. Si l'on a soin de séparer quotidiennement les caillots fibrineux par filtration, on en voit se former de nouveaux le lendemain de cette opération et cela pendant *trois semaines consécutives.*

2e ponction. — Mêmes constatations. Quelques leucocytes granulés.

Observation XXXI

(Panagiotaton) (1).

Mariane Ambon Ali, âgée de 27 ans, avait été prise d'une douleur au côté gauche du thorax et de fièvre du type quotidien intermittent, survenant tous les soirs

(1) Mme Panagiotaton. — *Grèce Méd.*, 1899.

après un léger frisson. Dans la suite, une toux sèche et douloureuse vint s'y ajouter. Son état s'aggravant de jour en jour, elle s'est vue obligée d'entrer à l'hôpital; et comme la malade se trouvait souvent dans un état déplorable, avec une dyspnée intense, une orthopnée et un épanchement remplissant tout le thorax gauche, on a procédé à une ponction qui a donné 1000 grammes de liquide chyleux, lequel, par examen macroscopique présentait une nuance blanchâtre et un aspett laiteux opaque; par examen chimique il donna 9.7 0/0 de sérine, 4,3 0/0 de globuline et 2,04 0/0 de graisse; enfin par examen microscopique il présentait un nombre considérable de gros leucocytes et de petits grains graisseux dont quelques uns se réunissaient en gouttes.

Après la ponction, l'état de la malade s'amenda pour un moment et empira aussitôt après, l'épanchement ayant de nouveu paru avec abondance.

On procéda à une deuxième ponction qui, de nouveau, donna un liquide chyleux abondant; mais l'état de la malade empirait toujours et aboutit à la mort.

L'autopsie qui a été faite a présenté la plèvre dénuée de toute transparence et de tout poli; elle présentait des signes d'un épaississement diffus, des plaques ecchymotiques disséminés et des vaisseaux rampants hyperemiés en différentes ramifications; en outre de rares excroissances en forme de nodules, dont l'épaisseur était de 2 millimètres environ; dans ces excroissances nous avons trouvé, par examen microscopique, dans des incisions fraîches des ovules de distoma hœmatobium en différents degrés de développement.

D'après cet examen, on conçoit que l'on peut considérer le parasite bilharzia comme cause de chylothorax.

Observation XXXIII

(Wilks et Ormerod) (1).

Chez un homme de 24 ans, atteint de filariose, Wilks et Ormerod constatèrent l'existence d'une ascite laiteuse. Le liquide de cette ascite, analysé par W. Marcet ne contenait pas de fibrine. Il renfermait :

Eau	947,33
Matières solides	52,27
Albumine	17,26
Substance analogues à la caséine	2,89
Matières grasses	19,93
Chlorure de sodium	6,51
Bile, sucre, acide phosphorique, chaux, substances indéterminées	6,18

Des tumeurs nodulaires s'étendaient au devant de la colonne vertébrale, depuis le foie jusqu'à l'angle sacro-vertébral; elles ne contenaient que des globules de graisse et du tissu fibreux et par conséquent étaient

(1) Wilks et Ormerod. — *Transact of the path. Society.* London, 1868, t. XIX, p. 199 et 203. Rapporté d'après Lancereaux. *Leçons de clinique médicale.* 1894, p. 58-59.

probablement formées de vaisseaux lymphatiques dilatés. Les bourses présentaient l'aspect du lymph-scrotum.

Il survint à la fin de la vie du malade un épanchement de la plèvre gauche, dont le liquide, examiné à l'autopsie, était semblable à celui du péritoine.

Observation XXXIV (*Personnelle*).

S..., né en 1870 à Prague (Bohême).

N'a jamais été malade. S'engage le 3 juillet 1894 au 2e régiment étranger en Algérie, fait la campagne de Madagascar; il en supporte du reste fort bien toutes les fatigues.

Revient en Algérie le 18 juin 1896.

A Tiaret, il s'aperçoit que quelques-uns de ses camarades « pissaient noir ».

En juillet 1899, envoyé contre les Flettas, il s'aperçoit que ses pieds enflent, surtout après de longues fatigues.

Libéré le 3 septembre 1899, il entre le 28 du même mois à l'hôpital de Saint-Denis, parce qu'il « pisse du sang noir ». Les hématuries durent 6 jours. Le malade sort de l'hôpital le 8 février 1900.

Il entre comme jardinier à la Légion d'Honneur, où

il reste pendant huit mois. C'est alors qu'il commence à éprouver une grande sensation de fatigue en travaillant.

Alors, pour la première fois, il émet des urines blanchâtres.

En même temps, les jambes enflaient de plus en plus, et le scrotum devenait volumineux.

Après des alternatives d'amélioration et d'aggravation, le malade est obligé d'entrer à l'hôpital de la Charité dans le service de M. Labadie Lagrave le 20 juin 1903.

A ce moment, d'après le dire du malade, les jambes étaient très enflées; le scrotum énorme. De temps en temps, les urines étaient blanches, quelquefois rouges. Il aurait eu un peu d'ascite; mais le liquide n'aurait jamais été assez abondant pour nécessiter une ponction abdominale. Par contre, l'examen démontra l'existence d'un grand épanchement dans les deux plèvres. On fit une première ponction le 22 juillet 1903.

Les ponctions durent être ensuite renouvelées très fréquemment, ainsi que l'indique le tableau suivant dressé par le malade.

Date des ponctions	Côté ponctionné	Quantité de liquide retiré
22 juillet 1903.....	droit...	2 lit. 600
24 —	gauche.	2 000
27 —	droit...	2 000 liq. rouge.
28 —	gauche.	1 800 liq. rouge.
29 —	droit...	1 750
30 —	droit...	0 200
31 —	gauche.	1 500

Date des ponctions	Côté ponétionné	Quantité de liquide retiré
2 avril.....	droit...	1 750
3 —	gauche.	1 000
5 —	droit...	800 liq. rosé.
7 —	droit...	1 250
8 —	gauche.	1 600
13 —	droit...	2 750
15 —	gauche.	1 800
17 —	droit...	600
18 —	gauche.	350
19 —	droit...	2 250
22 —	droit...	1 750
24 —	gauche.	500
25 —	droit...	550
29 —	gauche.	1 150
30 —	droit...	1 750
2 septembre.....	droit...	2 600
4 —	gauche.	2 100
5 —	droit...	1 550
6 —	gauche.	1 750
8 —	droit...	2 300
11 —	gauche.	2 100
15 —	droit...	115
16 —	droit...	2 750
17 —	gauche.	1 700

Le malade sort pour aller à Saint-Denis où il est obligé de se faire faire une ponction.

21 septembre.....	droit...	3	200

Puis il revient à la Charité.

Date des ponctions	Côté ponctionné	Quantité de liquide retiré	
23 septembre.....	gauche.	2	100
25 —	droit...	1	490
29 —	droit...	1	500
30 —	gauche.	2	050
1er octobre.....	droit...	2	600
2 —	gauche.		800
3 —	gauche.		250
5 —	gauche.	2	900
9 —	droit...	1	400
13 —	droit...	3	100
15 —	gauche.	1	800
16 —	droit...	3	000
23 —	droit...	2	850
26 —	droit...	2	500
30 —	gauche.	1	600
31 —	droit...	3	000
2 novembre.....	droit...	1	750
9 —	droit...	2	250 très rouge.
11 —	gauche.	1	100 rosé.
14 —	droit...	2	100
18 —	droit...	2	050
21 —	gauche.	1	900
23 —	droit...	1	900
27 —	droit...	2	000

Le malade sort de la Charité et peu de jours après, entre à Lariboisière qu'il quitte pour revenir à la Charité.

5 décembre.....	côté droit...	3 lit.	»
29 —	— droit...	1	750

Nouvelle sortie, rentrée à Lariboisière en février 1904.

10 février 1904....	côté droit...	1 lit.	700
15 —	— gauche.	1	»
17 —	— droit...	1	500
28 —	— gauche.	1	500

Sort de Lariboisière et y rentre de nouveau en avril.

3 avril.....	— droit...	1	850

Le malade quitte Lariboisière et se rend à Meaux. Un accès d'oppression le contraint à venir à l'hôpital où nous le voyons pour la première fois (27 avril 1904) Ses jambes sont enflées. Le scrotum a le volume d'une tête de fœtus à terme; il n'y a pas d'ascite. Par contre, la déformation du thorax est très nette. La pointe du cœur est abaissée. A la percussion et à l'auscultation, on trouve tous les signes d'un épanchement pleurétique bilatéral, mais surtout marqué à droite où la matité occupe presque toute la hauteur du poumon. Une première ponction à droite donne issue à 1 litre 250 grammes d'un liquide laiteux opaque, à reflets verdâtres. Ce liquide conservé pendant plusieurs jours ne s'est pas altéré, ne s'est pas coagulé. Agité avec de l'éther il abandonne des corpuscules graisseux qui forment une couche jaunâtre analogue à de l'huile.

(Le liquide de toutes les ponctions suivantes a eu le même caractère).

L'état général du malade est assez bon. Pas de température. Les urines claires à l'émission, deviennent blanchâtres en se refroidissant. Agitées avec de l'éther elles abandonnent des corpuscules graisseux. Elles ne contiennent ni albumine ni sucre. Deux autres ponctions sont pratiquées en avril.

29 avril 1904.....	côté droit...	1	250
30 —	— gauche.	1	»

L'œdème des jambes disparaît, ainsi que le gonflement du scrotum. Le malade amélioré sort.

Le malade revient le 16 mai 1904. Le malade se plaint de nouveau d'oppression. L'œdème des jambes, la tuméfaction du scrotum ont réapparu. L'état général reste bon.

17 mai.....	côté droit...	1 lit.	»
18 —	— gauche.	2	»
22 —	— droit...	2	»
24 —	— gauche.	1	»

Le 19 mai, émission d'urines rouges renfermant du sang dont les globules sont visibles au microscope. Les autres jours, urines blanches laiteuses.

Poids du malade : 67 kil. 500.

Le malade étant de nouveau amélioré sort le 25 mai de l'hôpital. Il y rentre le 30 mai, le facies altéré, les traits tirés, fatigués. Cependant le malade n'a pas

maigri. Le 2 juin on fait une ponction de la plèvre droite, liquide retiré : 2.000cm³.

Le 3 juin, accès d'oppression qui fatigue beaucoup le malade. Une ponction de 1.300 grammes (plèvre gauche) soulage peu le malade. Le 4 juin ponction de 1.250 gr. (plèvre droite). A la suite de cette ponction, un mieux sensible se déclare.

5 juin.....	côté gauche.	1 lit.	»
8 —	— droit...	1	250
9 —	— gauche.	0	900
12 —	— droit...	1	»
15 —	— droit...	0	200
15 —	— gauche.	1	500

Poids du malade 67,700.

Pendant ce troisième séjour, la grosseur du scrotum a subi des alternatives variant du volume du poing à celui d'une tête de fœtus à terme. Peu d'œdème des jambes.

Le malade sort le 30 juin 1904.

Au début de mars 1905, nous avons revu le malade et nous avons pratiqué l'examen de son sang. Une prise faite à 10 heures du soir, à l'extrémité de l'index, nous montra la présence de nombreux filaments, en forme de serpents, immobiles, très volumineux par rapport aux globules rouges. Ces serpents ressemblaient aux descriptions classiques des filaires. Le malade nous déclara lui-même qu'à plusieurs reprises à l'hôpital La Charité des examens de son sang avaient été pratiqués et avaient décélé la présence de filaires.

Voulant faire contrôler ce résultat par quelqu'un des

plus compétent, nous fîmes quelques jours plus tard de nouvelles prises de sang, toujours à la même heure, et nous les fîmes parvenir à notre ami M. Hautant, interne des hôpitaux de Paris. Mais cet examen fut négatif. Il est vrai que nous voyons dans les cliniques de Lancereaux que, pour avoir des résultats positifs, il est nécessaire de pratiquer l'examen dans les vingt-quatre heures, ce qui ne put être fait dans le cas qui nous occupe.

Etat actuel. — Nous avons revu le malade le 10 mars 1905. Depuis 9 mois, le malade n'a pas eu besoin de ponction. Malgré cela, de temps en temps, il se sent oppressé ; son scrotum devient volumineux, ses jambes enflent, ses urines deviennent blanches. Tout travail suivi est impossible.

L'aspect général du malade est meilleur qu'en juin dernier.

Poids : 72 kilogs (au lieu de 67 kil. 500).

L'examen de l'appareil respiratoire montre :

En arrière, matité complète des deux côtés, depuis la base du thorax jusqu'à l'angle inférieur de l'omoplate. Aux sommets, sonorité normales, sans aucun signe de lésions tuberculeuses.

En avant, la matité s'élève jusqu'aux mamelons. Au-dessus pas de lésions. Le murmure vésiculaire, l'auscultation de la voix, la sonorité à la percussion, les vibrations sont absolument normales aux deux sommets.

Du côté de l'appareil genito-urinaire, le malade se plaint de fréquentes douleurs dans la région des reins. Ses urines sont souvent blanches, du moins lorsqu'on

les laisse déposer. La filtration même répétée ne suffit pas à les rendre claires.

Elles ne contiennent ni albumine, ni sucre, mais renferment de la graisse en quantité très appréciable (1 gr. 50 par litre).

Le scrotum est peu volumineux (un poing 1/2) ; mais souvent le volume du scrotum est beaucoup plus considérable. Le repos suffit alors le plus souvent à ramener les choses à l'état normal.

CONCLUSIONS

1° Les épanchements chyleux de la cavité pleurale peuvent se grouper, étiologiquement et cliniquement, en deux classes :

Les épanchements chyleux traumatiques ;
Les épanchements chyleux inflammatoires.

2° Les épanchements chyleux traumatiques ou chylothorax, sont caractérisés par la notion étiologique d'une violente contusion thoracique ; par leurs caractères cliniques, qui sont : la rapidité de leur apparition après le traumatisme, la présence dans la plèvre d'un liquide se rapprochant beaucoup du chyle, l'abondance de cet épanchement, et sa réapparition rapide après la ponction ; la guérison en quelques mois quelle que soit la pathogénie admise (fistule du canal thoracique, pleurésie traumatique... etc.). Ces caractères étiologiques et

cliniques suffisent pour en constituer un groupe distinct.

3° Les épanchements laiteux inflammatoires, ou pleurésies chroniques chyliformes, sont moins rares que les précédents.

Ils se manifestent par une évolution extrêmement lente. Souvent ils ont été précédés pendant plusieurs années, plusieurs mois, par une pleurésie banale. Ils se développent sans grands symptômes généraux, en occasionnant simplement des troubles mécaniques. Leur liquide est chyliforme et non chyleux, car il renferme moins de graisse, peu de fibrine, rarement des leucocytes, beaucoup de cholesterine, presque jamais de sucre. Ils se reproduisent rapidement quand on les ponctionne.

Le plus souvent, ils sont de nature tuberculeuse, et paraissent constituer une forme bénigne de la pleurésie tuberculeuse. Quelquefois l'agent infectieux est le pneumocoque, le streptocoque. Enfin ils se présentent également dans les pleurésies cancéreuses.

4° Nous avons observé un cas d'épanchement laiteux de la plèvre, bilatéral, qui paraît être sous la dépendance de la filariose. Nous n'avons pas trouvé dans la littérature médicale, d'observations semblables d'épanchement filarien à prédominance pleurale et à aussi longue évolution. On n'a signalé dans la filariose que des observations d'ascite chyleuse, qui, dans deux cas, se sont compliquées

vers la fin d'un épanchement pleural. S'agit-il d'un épanchement mécanique, par obstruction filarienne du canal thoracique, ou d'une inflammation pleurale chronique conséquence indirecte des filaires, il est difficile de résoudre ce point. Cependant l'évolution clinique de notre malade, et l'autopsie d'un cas d'épanchement pleural chyliforme causé par un parasite analogue (Bilharzia), nous ferait plutôt pencher vers la seconde hypothèse.

5° Tous ces épanchements, quelle que soit leur cause, ont une tendance générale à guérir.

Le Président de la Thèse,
LANDOUZY.

VU :
Le Doyen,
DEBOVE.

VU et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur
de l'Académie de Paris,
L. LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

1. Bengebuhr. — Chylose und chyloforme Ergüsse in Pleura ond Pericardiabraum, Deutsches Arch. für Klinisch. Médicin. 1893 Bd LI S. 161 ; ibid 1895 Bd LV liv. S. 410.

2. Barjon et Cade.— Les épanchements chyliformes de la plèvre. Bulletin Médical 1901 XV 617 20.

3. Bergmann. — Handbuch der prack. Chirurg. 1900 Bd 2. S. 653.

4. Bianchi. — Le ascitti lattiginose (asciti chiliformi et asciti chilose) nei sécoli passati e nel secolo nostro. Lo spérimentale, janvier et février 1896.

5. Boulay et Bourges. — Epanchements chyliformes. Art. du Manuel de Médecine de Debove et Ahcard.

6. Bœgehold. — Langenbecks Arch. 1887. Bd 29. S. 454.

7. Cousin. — Anomalie du canal thoracique in Schmidts jahrbuck der Medizin 1900 Bd 265 p. 44.

8. Debove. — Recherches sur les épanchements chyliformes des cavités séreuses. Soc. Méd. des Hôpitaux 27 mai 1881.

9. Dietze. — Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. 1904 Bd 73 S. 450.

10. Filippoff N N. — Chylothorax in early child hood. Prakt. Vrach. Saint-Pétersboug. 1904 LD 993.

11. Fower et Godelec. — The diseases of the linigs. London 1898 p. 650.

12. François. — Gaz. des Hôpitaux 21 octobre 1899.

13. Gueneau de Mussy. — Clinique Médicale, Paris 1874 t. 1 p. 157 et Union Médicale 1876.

14. Hahn. — Deutsche Méd. Wochensch., 1899. n° 25 S. 402.

15. Handmann. — Munch. méd. Woch., 1899, n° 6, p. 181

16. Henssen. — Chylothorax, bilatéral traumatique. Münchener médicanische Wochenschrift, 17 mai 2898.

17. Jousset. Des humeurs opalescentes de l'organisme. Th. Paris, 1901.

18. Krabbel. — Centralblatt für Chirurgie. 1885, n° 42, S. 376.

19. Kirchner. — Langenbecks Arch., 1886, Bd. 32, S. 156.

20. Rozlowski. — Accumulation of lactie fluid in the pleural cavity. Russk Vrach St-Pétersbourg, 1904, tome III, 1373-77.

21. Lancereaux. — Leçons de clinique médicale faite à l'hôpital de la Pitié et à l'Hôtel-Dieu (1879-1893), p. 98.

22. Lancereaux. — Acad. de méd., 1888, t. XX, p. 343.

23. Landouzy et Marcel Labbe. — Epanchements chyliformes de la plèvre, tome VII. Traité Brouardel et Gilbert.

24. Langbein. — Chylothorax traumaticus. Th. Leipsig, 1904.

25. Légg. — St Bartholemew's. Hospital Journal, 1899.

26. Letulle. — Note sur un cas d'épanchement chyliforme du péritoine chez l'enfant. Revue de médecine, 1884, p. 722.

27. Londe. — Evolution d'une pleurésie chyliforme tuberculeuse. Arch. gén. de méd. Paris, 1904, tome II, p. 2125.

28. Marcellin. — Contribution à l'étude des épanchements lactescents de la plèvre et du péritoine. Th. Paris, 1902, n° 80.

29. Marschall Hugue Guy's. — Hospital Reports, 1841, tome VI, p. 297.

30. Morton. — Physiologie, tome I, chap. x.

31. Mouro. — Essay on Dropsy, 1789.

32. Munch. — Le chylothorax traumatique. Semaine méd., 1904, tome XXIV, p. 249-51.

33. Mutermilch. — Zeitsch. für Klin. medic., 1902, Bd, 46, S. 122.

34. Netter. — Art. Pleurésie tuberculeuse, in Charcot-Bouchard.

35. Mme Panagiotaton. — Cas de chylothorax ou pleurésie chyleuse à Bilharzia. Grèce médicale, décembre 1899.

36. Mme Perce. — Etude sur les épanchements chyliformes des cavités séreuses. Th. Paris, 1881, n° 382.

37. Pevsner. — Un cas de transsudat pseudochyleux dans la plèvre. Russk. Arch. Patol. Klin. Méd. i Bakteriol. Saint-Pétersbourg, 1902, XIII, 240-5.

38. Poirier. — Traité d'anatomie. Canal thoracique.

39. Port. — Deutsches Zeitschrift für Chirurgie. 1894, Bd 39, S. 572.

40. Poupy. — Contribution à l'étude des épanchements chyliformes de la plèvre. Th. Paris, 1898-1899, n° 23.

41. Quincke. — Ueber fetthaltige Transsudata. Hydrops chylosus et Hydrops adiposus. Deutsches Archiv. für Klinische Medicin, 1875, t. XVI, p. 121.

42. Rottmann. — Zeitschrift für Klin. Méd. 1896, Bd 31, p. 416.

43. Sainton. — D'une variété latente et bénigne d'empyème. Th. Paris, 1881.

44. Salmon. — Ascite chyleuse et ascite chyliforme. Arch. gén. de Méd. 1896, t. I, p. 464.

45. Shaw. — Milky effusimo occurring in serino canties, with report of a case of chylous ascytes and chylous hydrothorax. Journal of Pathology and Bakhnology, 1900, p. 339.

46. Signorelli. — La pleurite limphomastosa. Riforma Medica, 1904, t. IX, p. 178.

47. Stradomsky. — Un cas d'hydrothorax chyliforme dans la cavité de la plèvre gauche. Russk Arch. path. Klin. méd. i. Bakter. Saint-Pétersbourg, 1902, XIV, 739-50.

48. Von Thaden. — Deutsches Arch. für Klin. Medizin, 1877, Bd 19, S. 313.

49. White. — Edimb. Méd. Journ., 1897, p. 551-588.

50. Wilks et Ormerod. — Transact. of the Path. Soc. London, 1868, p. 199-207.

51. Winiwarter. — Jahr. f. Kinderherkunde, 1877, Bd II, S. 1896.

52. Zagumening. — Pseudochylous pleuritis hydrothorax andascites. Med. Obosz. Mosk., 1903, LX, 259-67.